|  |  |
| --- | --- |
| **B - FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY FIZYCZNEJ ZATRUDNIANEJ W ISTNIEJĄCYM  PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM**  W ZWIAZKU Z UTWORZENIEM NOWYCH MIEJSC PRACY **W** **ISTNIEJĄCYM PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM**  W RAMACH PROJEKTU  „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla Subregionu Północnego” | |
| **Tytuł projektu** | **Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej dla Subregionu Północnego** |
| **Nazwa Realizatora projektu** | **PROFES Spółdzielnia Socjalna** |

|  |  |
| --- | --- |
| Numer referencyjny Formularza Rekrutacyjnego | OWES/ ……... / B / 2019 |
| Godzina i data przyjęcia Formularza |  |
| Czytelny podpis osoby przyjmującej Formularz |  |

Prosimy o zachowanie poniższych zasad:

1. Wszystkie dokumenty muszą być ze sobą trwale spięte w jedną całość (np. zbindowane, zszyte)

2. Formularz musi być wypełniony komputerowo.

3. Formularz musi być własnoręcznie podpisany przez Kandydata/ów w miejscach do tego wyznaczonych.

4. Wnioskodawca wypełnia TYLKO pola jasne.

5. Prosimy zastosować się do wskazówek i wyjaśnień wskazanych w polach ciemnych.

**CZĘŚĆ I – INFORMACJE O PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego** |  |
| **Adres siedziby** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Numer KRS** |  |
| **Data powstania podmiotu (wpis do KRS)** |  |
| **Wiodące PKD działalności gospodarczej** |  |
| **Typ instytucji (zaznacz X)** | ❑ jednostka samorządu terytorialnego  ❑ spółdzielnia socjalna  ❑ przedsiębiorstwo społeczne inne niż spółdzielnia socjalna  ❑ organizacja pozarządowa w rozumieniu przepisów o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie  ❑ kościelna osoba prawna  ❑ inna jaka? ………………………………………………………………… |
| **Dane osób reprezentujących podmiot zgodnie ze statutem i ich funkcja** |  |
| **POMOC DE MINIMIS/ POMOC PUBLICZNA** | |
| Czy podmiot w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych otrzymał/-a pomoc de minimis/ pomoc publiczną? | 🞎 tak 🞎 nie |
| Wartość otrzymanej pomocy de minimis/ pomocy publicznej, w złotych  i w euro |  |

1. Oświadczam, że potwierdzam prawdziwość danych zawartych w części I Formularza rekrutacyjnego
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przez mnie informacji.

………………..............………….. ………………….............…………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osób reprezentujących PS)

**CZĘŚĆ II – INFORMACJE O OSOBIE ODDELEGOWANEJ DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona) | |  | | | |
| Nazwisko | |  | | | |
| Data urodzenia | |  | | | |
| Płeć | | 🞎 Kobieta 🞎 Mężczyzna | | | |
| PESEL | |  | | | |
| **Adres zamieszkania i korespondencji osoby oddelegowanej uczestnika/czki projektu** | | | | | |
| Ulica | |  | | | |
| Nr domu / lokalu | |  | | | |
| Kod pocztowy | |  | | | |
| Miejscowość | |  | | | |
| Gmina | |  | | | |
| Powiat | |  | | | |
| Województwo | |  | | | |
| **Numery telefonów kontaktowych oraz e-mail uczestnika/czki projektu** | | | | | |
| Tel. kontaktowy | |  | | | |
| e-mail | |  | | | |
| **Status na rynku pracy oddelegowanego uczestnika/czki projektu** | | | | | |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | | 🞎 |
| Osoba długotrwale bezrobotna  (młodzież <25lat – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)  (dorośli 25lat lub więcej – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) | | | | | 🞎 |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | | 🞎 |
| Osoba uboga pracująca  (osoba wykonująca pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie i która jest uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na postawie przesłanki ubóstwo, tj. której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej) | | | | | 🞎 |
| Inne | | | | | 🞎 |
| Osoba pracująca | | | | | 🞎 |
| w | MMŚ Przedsiębiorstwie | | | | 🞎 |
| Dużym Przedsiębiorstwie | | | | 🞎 |
| Administracji rządowej | | | | 🞎 |
| Administracji samorządowej | | | | 🞎 |
| Organizacji pozarządowej | | | | 🞎 |
| Prowadząca działalność na własny rachunek | | | | 🞎 |
| Inne | | | | 🞎 |
| Nazwa i adres miejsca zatrudnienia |  | | | | |
| **Wykształcenie oddelegowanego uczestnika/czki projektu** | | | | | |
| Niższe niż Podstawowe (ISCED 0) | | | 🞎 | | |
| Podstawowe (ISCED 1) | | | 🞎 | | |
| Gimnazjalne (ISCED 2) | | | 🞎 | | |
| Ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | | 🞎 | | |
| Policealne (ISCED 4) | | | 🞎 | | |
| Wyższe (ISCED 5) | | | 🞎 | | |
| **Dodatkowe informacje o oddelegowanym uczestniku/czce projektu** | | | | | |
| Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, w tym osoba z zaburzeniami psychicznymi o których mowa w ustawie z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi | | | | TAK 🞎  NIE 🞎  🞎 Odmowa podania informacji | |
| Jeżeli TAK, to proszę o zaznaczenie odpowiedniego stopnia niepełnosprawności oraz dostarczenie odpowiedniego orzeczenia lub inny dokument poświadczający stan zdrowia | | | | 🞎 lekki  🞎 umiarkowany  🞎 znaczny | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | TAK 🞎  NIE 🞎  🞎 Odmowa podania informacji | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | TAK 🞎  NIE 🞎 | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) wymienionej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004r | | | | TAK 🞎  NIE 🞎  🞎 Odmowa podania informacji | |

1. Oświadczam, że potwierdzam prawdziwość danych zawartych w części II Formularza rekrutacyjnego
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przez mnie informacji.

………………..................………….. …………………...........……….…………

(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby oddelegowanej do projektu)

**CZĘŚĆ III – INFORMACJE O UCZESTNIKU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Dane osobowe osoby fizycznej uczestnika/czki projektu** | | | | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | |
| Płeć | 🞎 Kobieta 🞎 Mężczyzna | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | Miejsce urodzenia | | |  | |
| PESEL |  | | | | | | | |
| **2. Adres zamieszkania i korespondencji uczestnika/czki projektu** | | | | | | | | |
| Ulica |  | | Nr domu / lokalu | | |  | | |
| Kod pocztowy |  | | Miejscowość | | |  | | |
| Powiat | 🞎 brzeski 🞎 kluczborski 🞎 namysłowski 🞎 oleski | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | |
| **3. Numery telefonów kontaktowych oraz e-mail uczestnika/czki projektu** | | | | | | | | |
| Tel. kontaktowy |  | | | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | | |
| **4. Status na rynku pracy uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: | | | | | | 🞎 | | |
| Osoba długotrwale bezrobotna  (młodzież <25lat – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)  (dorośli 25lat lub więcej – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) | | | | | | 🞎 | | |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | | | 🞎 | | |
| Osoba uboga pracująca  (osoba wykonująca pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie i która jest uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na postawie przesłanki ubóstwo, tj. której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej) | | | | | | 🞎 | | |
| Inne | | | | | | 🞎 | | |
| **5. Wykształcenie uczestnika/czki projektu** | | | | | | | | |
| Niższe niż Podstawowe (ISCED 0) | | 🞎 | | | | | | |
| Podstawowe (ISCED 1) | | 🞎 | | | | | | |
| Gimnazjalne (ISCED 2) | | 🞎 | | | | | | |
| Ponadgimnazjalne (ISCED 3) | | 🞎 | | | | | | |
| Policealne (ISCED 4) | | 🞎 | | | | | | |
| Wyższe (ISCED 5) | | 🞎 | | | | | | |
| **6. Dodatkowe informacje o uczestniku/czce projektu** | | | | | | | | |
| Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, w tym osoba  z zaburzeniami psychicznymi o których mowa w ustawie z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi | | | | | TAK 🞎  NIE 🞎  🞎 Odmowa podania informacji | | | |
| Jeżeli TAK, to proszę o zaznaczenie odpowiedniego stopnia niepełnosprawności oraz dostarczenie odpowiedniego orzeczenia lub inny dokument poświadczający stan zdrowia | | | | | 🞎 lekki  🞎 umiarkowany  🞎 znaczny | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | | TAK 🞎  NIE 🞎  🞎 Odmowa podania informacji | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | TAK 🞎  NIE 🞎 | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) wymienionej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004r | | | | | TAK 🞎  NIE 🞎  🞎 Odmowa podania informacji | | | |
| **POMOC DE MINIMIS/ POMOC PUBLICZNA** | | | | | | | |
| Czy kandydat/ka w ciągu bieżącego roku podatkowego oraz dwóch poprzedzających go lat podatkowych otrzymał/-a pomoc de minimis/ pomoc publiczną? | | | | | TAK 🞎  NIE 🞎 | | |
| Wartość otrzymanej pomocy de minimis/ pomocy publicznej, w złotych i w euro | | | | |  | | |
| **KRYTERIA DODATKOWE** | | | | | | | |
| 1. Płeć - kobieta | | | | | 🞎 | | |
| 1. Osoba niepełnosprawna o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | | | | | 🞎 | | |
| 1. Osoba długotrwale bezrobotna | | | | | 🞎 | | |
| 1. Osoba biorąca udział w innych projektach z Działania 8.1 lub 8.2 | | | | | 🞎 | | |

1. Oświadczam, że potwierdzam prawdziwość danych zawartych w części III Formularza rekrutacyjnego
2. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przez mnie informacji.

………………...............………….. ................…………….…………

(miejscowość, data) (czytelny podpis uczestnika projektu)

**CZĘŚĆ IV - INFORMACJE O PLANOWANYM PRZEDSIĘWZIĘCIU**

(opis przedsięwzięcia powinien zostać przygotowany dla wszystkich osób wchodzących w skład grupy, które kwalifikują się do otrzymania wsparcia finansowego)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OPIS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | | | |
| Forma wsparcia, której otrzymaniem Uczestnik/Uczestnicy są zainteresowani | 🞎 Bezzwrotne wsparcie finansowe na utworzenie miejsc pracy w przedsiębiorstwie społecznym.  🞎 Wsparcie pomostowe (w tym finansowe) służące pokryciu bieżących wydatków przedsiębiorstwa społecznego  🞎 Wsparcie szkoleniowo-doradcze  🞎 Szkolenia zawodowe | | |
| **Informacja o innych osobach (w szczególności biorących udział w postępowaniu rekrutacyjnym), z którymi uczestnik projektu będzie zatrudniany w istniejącym przedsiębiorstwie społecznym** | Lp. | Imię i nazwisko | Czy miejsce pracy będzie wsparte dofinansowaniem w ramach projektu?[[1]](#footnote-1) |
| 1 |  | TAK/NIE |
| 2 |  | TAK/NIE |
| 3 |  | TAK/NIE |
| 4 |  | TAK/NIE |
| 5 |  | TAK/NIE |
| 6 |  | TAK/NIE |
| Czy planowana działalność gospodarcza  w formie nowego przedsiębiorstwa społecznego będzie w obszarze: | zrównoważonego rozwoju, solidarności pokoleń, polityki rodzinnej, turystyki społecznej, budownictwa społecznego, lokalny potencjał kulturowy, w tym lokalne produkty kulturowe, turystyka społeczna, ekologia, selektywna zbiórka odpadów, recykling, melioracje wodne, odnawialne źródła energii, rolnictwo społeczne, usługi społeczne dla poszczególnych grup wykluczonych społecznie i zagrożonych wykluczeniem  TAK 🞎 NIE 🞎 | | |
| Czy planowana działalność gospodarcza  w formie nowego przedsiębiorstwa społecznego będzie działała w branżach: | chemicznej, budowlanej wraz z przemysłem mineralnym  i usługami budowlanymi, maszynowej i elektromaszynowej, paliwowo-energetycznej, rolno - spożywczej, drzewno-papierniczej, w tym przemysłu meblarskiego, metalowej  i metalurgicznej, usług medycznych i rehabilitacyjnych, usług turystycznych, transport i logistyka, usług edukacyjnych, przemysłu lekkiego, usług finansowych, handlowej  TAK 🞎 NIE 🞎 | | |
| **Branża w jakiej jest prowadzona działalność i zasięg terytorialny** |  | | |
| **Kondycja podmiotu**  Proszę wskazać działania zrealizowane  w ostatnim roku przed złożeniem formularza – projekty, liczbę zleceń, przychód, dochód |  | | |
| **Opis pomysłu na wykorzystanie przyznanych środków**  Cel, na jaki zostaną przeznaczone pozyskane środki w odniesieniu tworzonego stanowiska pracy |  | | |
| **Posiadane zasoby rzeczowe** |  | | |
| **Posiadane zasoby kadrowe (wiedza, umiejętności, postawa, doświadczenie zawodowe)** |  | | |
| **KOSZTORYS PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI** | | | |
| **Ogólny koszt inwestycji w PLN (ceny  w pełnych PLN)** z uwzględnieniem:   1. środków własnych – jeżeli są planowane 2. dotacji inwestycyjnej OWES |  | | |
| **Koszt inwestycji z dotacji inwestycyjnej OWES** (planowana wartość dotacji) |  | | |
| **Koszt remontu, modernizacji pomieszczeń (jeżeli są planowane) – z dotacji inwestycyjnej - Proszę o podanie kwoty oraz opis planowanych wydatków zgodnie z rodzajem planowanej działalności**  **(np. zakup i wymiana okien - ……………….. zł, zakup i wymiana drzwi - …………………… zł, robocizna - …………………… zł)**  **Jeżeli nie można na tym etapie określić dokładniej wydatków na remonty i modernizację (np. w przypadku, gdy nie wybrano jeszcze konkretnego lokalu) – proszę o krótkie uzasadnienie planów inwestycyjnych związanych z remontami/modernizacją pomieszczeń** |  | | |
| **Planowany koszt zakupu maszyn/urządzeń –  z dotacji inwestycyjnej**  Proszę o podanie kwoty oraz opis planowanych wydatków zgodnie z rodzajem planowanej działalności  (np. zakup komputerów - ……………….. zł, zakup drukarek - …………………………, zakup maszyn do szycia - …………………… zł, zakup wyposażenia kuchni - …………………… zł, zakup samochodu do ………………….. - …………………… zł, zakup wyposażenia biurowego - ………………………. zł) |  | | |
| **Inne wydatki planowane do poniesienia  z dotacji inwestycyjnej**  Proszę o podanie kwoty oraz opis planowanych wydatków zgodnie z rodzajem planowanej działalności |  | | |

**CZĘŚĆ V – OPIS PLANOWANEGO ZATRUDNIENIA**

(opis zatrudnienia powinien zostać przygotowany dla wszystkich osób wchodzących w skład grupy, które kwalifikują się do otrzymania wsparcia finansowego)

|  |  |
| --- | --- |
| Jakie stanowiska pracy zostaną utworzone  w ramach planowanej działalności? |  |
| Jakie są wymogi do objęcia danego stanowiska (doświadczenie, wykształcenie, umiejętności, szczególne wymogi formalne, np. posiadanie prawa jazdy czy innych uprawnień)? |  |
| Ile ze stanowisk pracy i które mogą zostać dofinansowane w ramach wsparcia dotacyjnego OWES? W jakim wymiarze czasu pracy? |  |
| Kim są osoby planowane do zatrudnienia? Jakie jest ich doświadczenie, wykształcenie czy umiejętności związane z planowaną działalnością gospodarczą? |  |
| Czy osoby planowane do zatrudnienia wpisują się w grupę docelową przedsiębiorstwa społecznego (zagrożenie ubóstwem / wykluczeniem społecznym, oddalenie od rynku pracy czy niepełnosprawność)? |  |

……………………………………….. …………………………………………………….…………………

(data i miejsce wypełnienia) (czytelny podpis osób reprezentujących PS)

Do formularza rekrutacyjnego należy dołączyć – osoby fizyczne:

1. zaświadczenie potwierdzające spełnienie przez osoby zamierzające założyć spółdzielnię socjalną warunków, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 27 kwietnia 2006r. o spółdzielniach socjalnych,
2. zaświadczenie/oświadczenie poświadczające spełnienie jednej z przesłanek stanowiącej o statucie osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
3. zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej potwierdzające fakt korzystania ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, w tym o nieprzekroczeniu kryteriów dochodowych ustalonych o próg interwencji socjalnej (jeśli na jego podstawie jest weryfikowany fakt bycia osobą ubogą pracującą),
4. oświadczenie o niekaralności za przestępstwa skarbowe w rozumieniu ustawy z dnia 10 września 1999r. Kodeks karny skarbowy oraz o korzystaniu z pełni praw publicznych i posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych ,
5. oświadczenie o niepodleganiu karze zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
6. oświadczenie o niepozostawaniu w ciągu ostatnich dwóch lat w stosunku pracy lub innym z beneficjentem, partnerem (w tym podmiotem będącym członkiem partnerstwa posiadającego akredytację ministra Właściwego ds. Zabezpieczenia Społecznego) lub wykonawcą,
7. oświadczenie o braku innych przesłanek mogących budzić wątpliwości jako naruszające zasadę bezstronności, takich jak: związek małżeński lub faktyczne pożycie, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia), związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, z beneficjentem oraz pracownikami beneficjenta, partnera lub wykonawcy uczestniczącymi w procesie rekrutacji i przyznawania wsparcia finansowego (w tym podmiotu będącego członkiem partnerstwa posiadającego akredytację ministra Właściwego ds. Zabezpieczenia Społecznego) lub wykonawcy uczestniczącym w procesie rekrutacji i przyznawania wsparcia finansowego,
8. oświadczenie o nieotrzymaniu równolegle wsparcia na pokrycie wydatków związanych z założeniem, zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym lub przystąpieniem do przedsiębiorstwa społecznego pochodzącego z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON, PROW 2014-2020, RPO WO 2014-2020, POWER,
9. oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji przez potencjalnych uczestników projektu Regulaminu rekrutacji uczestników oraz Regulaminu przyznawania wsparcia finansowego na założenie przedsiębiorstwa społecznego/wykorzystania wsparcia finansowego na utworzenie nowego/nowych miejsc pracy w istniejących przedsiębiorstwach społecznych/przekształcenie podmiotu ekonomii społecznej w przedsiębiorstwo społeczne,
10. oświadczenie o prawdziwości danych zawartych w Formularzu Rekrutacyjnym.

Do formularza rekrutacyjnego należy dołączyć – przedsiębiorstwo społeczne:

1. oświadczenie o niepodleganiu karze zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
2. oświadczenie o niepozostawaniu przez pracowników zaangażowanych w tworzenie i prowadzenie przedsiębiorstwa społecznego, w ciągu ostatnich dwóch lat, w stosunku pracy lub innym z beneficjentem, partnerem (w tym podmiotem będącym członkiem partnerstwa posiadającego akredytację ministra Właściwego ds. Zabezpieczenia Społecznego) lub wykonawcą,
3. oświadczenie o braku innych przesłanek mogących budzić wątpliwości jako naruszające zasadę bezstronności, takich jak: związek małżeński lub faktyczne pożycie, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia), związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli, ze strony pracowników zaangażowanych w tworzenie i prowadzenie przedsiębiorstwa społecznego z beneficjentem oraz pracownikami beneficjenta, partnera (w tym podmiotu będącego członkiem partnerstwa posiadającego akredytację ministra Właściwego ds. Zabezpieczenia Społecznego) lub wykonawcy uczestniczącymi w procesie rekrutacji i przyznawania wsparcia finansowego,
4. oświadczenie o nieotrzymaniu równolegle wsparcia na pokrycie wydatków związanych z założeniem lub zatrudnieniem w przedsiębiorstwie społecznym pochodzącego z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza Funduszu Pracy, PFRON, PROW 2014-2020, RPO WO 2014-2020, POWER,
5. oświadczenie o zapoznaniu się i akceptacji przez potencjalnych uczestników projektu Regulaminu rekrutacji uczestników oraz Regulaminu przyznawania wsparcia finansowego na założenie przedsiębiorstwa społecznego/wykorzystania wsparcia finansowego na utworzenie nowego/nowych miejsc pracy w istniejących przedsiębiorstwach społecznych/przekształcenie podmiotu ekonomii społecznej w przedsiębiorstwo społeczne,
6. oświadczenie o prawdziwości danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym uczestników.

1. Proszę skreślić niewłaściwe [↑](#footnote-ref-1)