**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DLA UCZESTNIKÓW ZAMIERZAJĄCYCH PODJĄĆ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ
W RAMACH PROJEKTU PT. „ WSZYSCY PRACUJEMY”**

**NR RPLD.10.02.02.-10-0006/18**

**Data wpływu Formularza do biura projektu .................................. podpis ….….JHVHGFHXFG……D….DFDXDSD……………….....................................**

**Numer ewidencyjny ……..………**

***(wypełnia Beneficjent)***

1. **Dane personalne potencjalnego Uczestnika/Uczestniczki projektu**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię:** |  |
| **Nazwisko:** |  |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  |
| **PESEL:** |  |
|  **Stan cywilny:****Dat** |  |
|  **Numer i rodzaj**  **dokumentu tożsamości** |  |
| **Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1):** |  |
| **- Ulica:** |  |
| **- Nr domu:** |  |
| **- Nr lokalu:** |  |
| **- Kod pocztowy:** |  |
| **- Gmina:** |  |
| **- Powiat:** |  |
| **- Województwo:** |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykształcenie:**  | **proszę zaznaczyć znakiem “x”** |
| * **ISCED 0**
 | Przedszkole/brak |
| * **ISCED 1**
 | Szkoła podstawowa |
| * **ISCED 2**
 | Gimnazjum |
| * **ISCED 3**
 | Liceum, Technikum, Zasadnicza szkoła zawodowa - ponadgimnazjalne |
| * **ISCED 4**
 | Szkoły policealne |
| * **ISCED 5-8**
 | Wykształcenie wyższe |

1. **Aktualny status na rynku pracy potencjalnego Uczestnika/Uczestniczki projektu**

 **Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Jestem osobą przewidzianą do zwolnienia** Pracownik przewidziany do zwolnienia – pracownik, który znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub który został poinformowany przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. | * Tak
* Nie
 |
|  **2.** | **Jestem osobą zagrożoną zwolnieniem** Pracownik zagrożony zwolnieniem – pracownik zatrudniony u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2016 r. poz. 1474, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy, w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników - albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Pracownik ten nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. | * Tak
* Nie
 |
|  **3.**  | **Jestem osobą zwolnioną.**Osoba zwolniona – osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przez dniem przystąpienia do projektu i nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy i nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną. | * Tak
* Nie

  |
|  **4.** | Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (potwierdzenie: kopia zaświadczenia z urzędu pracy) | * Tak
* Nie
 |
|  **5.** | Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy | * Tak
* Nie
 |
|  **Ponadto należę do jednej/kilku z poniższych grup:** |
|   **1.** | o osoby w wieku powyżej 54 roku życia | * Tak
* Nie
 |
|  **2.** | o osoby o niskich kwalifikacjach[[2]](#footnote-2) | * Tak
* Nie
 |
|  **3.** | o osoby z niepełnosprawnościami (potwierdzenie: kopia orzeczenia o niepełnosprawności) | * Tak
* Nie
 |

**III. Opis planowanej działalności gospodarczej (dotyczy ubiegania się o dotacje na otwarcie działalności gospodarczej).**

|  |
| --- |
| ***OPIS PLANOWANEGO PRZEDSIĘWZIĘCIA******(pomysł biznesowy)*** |
| **1. Proszę opisać planowaną przez Panią/Pana działalność gospodarczą** (lokalizacja siedziby, lokalizacja miejsc wykonywania działalności, teren działania, planowana forma prowadzenia działalności, branża, jeżeli to możliwe to podać nr PKD wraz z pełną nazwą przedmiotu PKD, przedmiot planowanej działalności, pozwolenia i licencje wymagane dla planowanej działalności)- (maks. 40 pkt.) |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **2. Posiadane zasoby tj. kwalifikacje, doświadczenie i umiejętności niezbędne do prowadzenia działalności gospodarczej. (maks. 20 pkt)** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **3. Proszę określić planowane wydatki związane z uruchomieniem własnej działalności. (maks. 20 pkt)** |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **4. Czy w Pani/Pana branży istnieje konkurencja i jaką ma Pani/Pan wiedzę na jej temat. (maks. 20 pkt.)** |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |

**IV. Status w chwili przystąpienia do projektu.**

|  |  |
| --- | --- |
| Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  Odmowa podania danych |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| Niepełnosprawność[[3]](#footnote-3) |  [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  Odmowa podania danych |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej np. (np. osoba nieposiadająca wykształcenia podstawowego, zamieszkująca obszar wiejski, byli więźniowie, osoba uzależniona itp.) |  [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  Odmowa podania danych |

**V. Oświadczenia Kandydata/Kandydatki.**

* Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.
* Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji oraz Regulaminem przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości akceptuję ich warunki
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i Formularzu rekrutacyjnym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie.
* Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu „Wszyscy pracujemy” zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).
* Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w Projekcie.
* Zostałem(am) poinformowany(a), że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Jestem świadomy(a), iż złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
* W okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do Projektu nie posiadałam/em wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG), nie byłam/em zarejestrowana/y
w Krajowym Rejestrze Sądowym lub nie prowadziłam/em działalności gospodarczej na podstawie przepisów odrębnych (w tym m.in. działalności adwokackiej, komorniczej lub oświatowej).
* Nie jestem wspólnikiem spółki osobowej ani nie posiadam więcej niż 10% udziału w kapitale spółki kapitałowej.
* Nie zasiadam w organach zarządzających lub kontrolnych podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.
* Nie pełnię funkcji prokurenta.
* Nie jestem osobą zaangażowaną w realizację Projektu po stronie Beneficjenta, partnera Beneficjenta lub wykonawcy w projekcie[[4]](#footnote-4).
* Nie otrzymałam/em w okresie 3 lat poprzedzających dzień przystąpienia do projektu wsparcie finansowe ze środków publicznych na uruchomienie lub prowadzenie działalności gospodarczej.
* Nie byłam/em karana/y za przestępstwo skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
* Nie został wobec mnie orzeczony zakaz dostępu do środków publicznych, o którym mowa
w art. 12 ust.1 pkt ustawy z 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2012 r., poz. 769).
* Nie zostałam ukarana karą zakazu dostępu do środków, o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1
i 4 ustawy z 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2077, dalej „ufp”) i jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia beneficjenta
o zakazach dostępu do środków o których mowa w art. 5 ust. 3 pkt 1 i 4 ufp orzeczonych
w stosunku do niego w okresie realizacji umowy;
* Nie korzystałam/em lub nie skorzystam równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza środków Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON) oraz środków oferowanych w ramach EFS na pokrycie tych samych związanych z podjęciem lub prowadzeniem działalności gospodarczej.
* Podejmowana działalność gospodarcza wraz towarzyszącymi jej zasobami materialnymi będącymi jej zapleczem nie jest działalnością gospodarczą, która wcześniej była prowadzona przez członka mojej rodziny (zakaz wejścia w faktyczne władztwo lub współwładztwo przedsiębiorstwa lub jego części należącego do członka rodziny).
* Nie byłam/em karana/y za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu
* Oświadczam, że nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy oraz nie jestem jednocześnie osobą samozatrudnioną
* Zostałem(am) pouczony(a) o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych
z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są prawdziwe. Jednocześnie oświadczam, iż jestem świadomy(a), że w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. projekcie, Betterfield s.c. Magdalena Helman-Barylska Sylwia Szczepańska będzie miało prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

………………………………………….

Data i czytelny podpis

Kandydata/tki do projektu

 **VI. Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie *(wypełnia Beneficjent)***

|  |
| --- |
| Kandydat spełnia/nie spełnia\*7 kryteria uczestnictwa w Projekcie (wypełnia Beneficjent)**………………………………………………………………………………………………………….** |
| Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny**………………………………………………………………………………………………………….** |

\*Niepotrzebne skreślić

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby o niskich kwalifikacjach - osoby posiadające wykształcenie do ISCED 3 włącznie, zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Standardów Edukacyjnych ISCED 2011 (UNESCO): [↑](#footnote-ref-2)
3. Osoby z niepełnosprawnościami - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej
i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-3)
4. Poprzez osobę zaangażowaną należy rozumieć osobę, która na jakimkolwiek etapie realizacji Projektu wykonywała w nim jakiekolwiek czynności na podstawie umowy z Beneficjentem, partnerem bądź wykonawcą. [↑](#footnote-ref-4)