



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie – ścieżka dotacyjna

Projekt pn.: „**Czas na zmianę - kompleksowy program outplacementowy**” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020, realizowany przez **Educator L.B. Centrum Kształcenia, FORMEDICO, Liliana Kaleta** na podstawie Umowy nr RPWP.06.05.00-30-0039/18-00, Oś priorytetowa 6: Rynek pracy, Działanie 6.5. Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych.

Data wpływu	Nr identyfikacyjny formularza

* wypełnia osoba przyjmująca formularz

WSTĘPNY FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz dotyczy nieodpłatnej formy wsparcia dla uczestnika:

- ✓ **Ścieżki dotacyjnej**, której celem jest rozpoczęcie własnej działalności gospodarczej poprzez udział w szkoleniu i doradztwie przygotowującym do rozpoczęcia działalności gospodarczej oraz możliwości przyznania jednorazowej dotacji na założenie firmy wraz ze wsparciem pomostowym finansowym

1. Dane Kandydata:

Imię:											
Nazwisko:											
Data urodzenia:											
PESEL:											
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
ADRES ZAMIESZKANIA¹											
Ulica:											
Nr domu:					Nr lokalu:						
Miejscowość:					Kod pocztowy:						
Gmina:					Powiat:						
Województwo:											

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.



Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3 <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie/magisterskie/doktoranckie (wykształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych) ISCED 5 – 8
DANE KONTAKTOWE	
Telefon:	
Adres e-mail:	

2. Dodatkowe dane Kandydata:

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <i>(osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy)</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <i>(jeżeli dotyczy, dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego status na rynku pracy)</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba bierna zawodowo <i>(bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej tzn. nie pracują i nie są bezrobotne)</i>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba pracująca, w tym: <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i> osoba pracująca w administracji rządowej osoba pracująca w administracji samorządowej inne osoba pracująca w MMŚP osoba pracująca w organizacji pozarządowej osoba prowadząca działalność na własny rachunek osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wykonywany zawód: <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i> inny instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
rolnik	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Zatrudniony w: (podać pełną nazwę pracodawcy)		
.....		

AKTUALNY STATUS POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Jestem osobą zwolnioną z pracy ² z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
2. Jestem pracownikiem zagrożonym zwolnieniem z pracy ³ z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
3. Jestem pracownikiem przewidzianym do zwolnienia z pracy ⁴ z przyczyn niedotyczących pracownika w wyniku procesów restrukturyzacyjnych, adaptacyjnych i modernizacyjnych	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
4. Osoba odchodząca z rolnictwa ⁵	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

² Osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed 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 lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

³ 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 2018 r., poz. 1969, z późn. zm.) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.), 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.

⁴ 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.

⁵ Osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2019 r. poz. 299, z późn. zm.) (KRUS) z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego lub pracy w gospodarstwie rolnym, zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.) (ZUS).



STATUS SPOŁECZNY	
<i>(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia)</i>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej⁶ lub etnicznej⁷, migrant⁸, osoba obcego pochodzenia⁹ (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań¹⁰	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba z niepełnosprawnościami¹¹ (dane wrażliwe) - jeśli dotyczy należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność oraz jeśli występuje potrzeba wypełnić Ankiety potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej¹²	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi

⁶ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

⁷ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszości: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

⁸ Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

⁹ Cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

¹⁰ Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

¹¹ Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:

- orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym,
- orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia,
- orzeczenie o niezdolności do pracy,
- orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności,
- orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,
- inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),
- w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.)

¹² Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia).



Czy założyłby/-aby Pan(i) działalność gospodarczą ze środków własnych pomimo nieotrzymania środków na podjęcie działalności gospodarczej w ramach Działania 6.5. Doskonalenie kompetencji osób pracujących i wsparcie procesów adaptacyjnych?

TAK

NIE

3. Oświadczenia:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie* (obowiązkowy dla wszystkich Kandydatów) oraz *Regulaminem przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości* akceptuję ich warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
- zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania Organizatora projektu – Educator L.B. Centrum Kształcenia, FORMEDICO, Liliana Kaleta w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu;
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych;
- nie korzystam równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków przyznawanych w ramach PO WER, PROW 2014-2020 i WRPO 2014+, przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej;
- zarejestrowana przeze mnie działalność gospodarcza będzie prowadzona na terenie województwa wielkopolskiego;
- nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Beneficjentem (Projektodawcą) oraz nie łączę mnie i nie łączyłem z Beneficjentem lub jego pracownikiem uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów: związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli;
- nie zostałem/-am ukarany/-a karą 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 (dalej „ufp”) (Dz. U. z 2019 r., poz. 869). 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 mnie w okresie realizacji projektu;
- nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jestem jednocześnie osobą samozatrudnioną;



- po rozpoczęciu działalności gospodarczej (proszę zaznaczyć właściwe)
 - zamierzam zarejestrować się jako płatnik podatku VAT,
 - nie zamierzam zarejestrować się jako płatnik podatku VAT;
- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych (proszę zaznaczyć właściwe):
 - nie otrzymałem/-am pomocy de minimis,
 - otrzymałem/-am pomoc de minimis w wysokości¹³;
- zostałem/-am pouczoney/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

4. Załączniki:

- 1) Krótki opis planowanej działalności gospodarczej;
- 2) Oświadczenie od pracodawcy;
- 3) Oświadczenie osoby odchodzącej z rolnictwa (dotyczy wyłącznie osób odchodzących z rolnictwa).

.....
(data i czytelny podpis Kandydata)

¹³ Należy załączyć zaświadczenia o otrzymanej pomocy de minimis.