|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Załącznik nr 1  do Regulaminu rekrutacji do projektu pn.:  „Własna firma w Sercu Kaszub”  **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  \*Należy wypełnić wszystkie jasne pola, czytelnie, w języku polskim | | |
| 1. **DANE OSOBOWE KANDYDATA**   (należy zaznaczyć stawiając znak „X”) | | |
| **Imię:** | | **PESEL:** |
| **Nazwisko:** | | **Płeć:** ⬜ Kobieta ⬜ Mężczyzna |
| **Data i miejsce urodzenia:** | | |
| **Wykształcenie:** ⬜Niższe niż podstawowe ⬜ Podstawowe⬜ Gimnazjalne  ⬜ Ponadgimnazjalne⬜ Policealne⬜ Wyższe | | |
| 1. **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-2):** | | |
| **Województwo:** | **Powiat:** | |
| **Miejscowość:** | **Kod pocztowy:** | |
| **Gmina:** | **ulica:** | |
| **Nr budynku:** | **Nr lokalu:** | |
| **Telefon kontaktowy:** | | |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail):** | | |
| 1. **STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY W CHWILI REKRUTACJI DO PROJEKTU**   (należy zaznaczyć stawiając znak „X”) | | |
| **KRYTERIA PREFERENCJI:**   1. ⬜ osoba pozostająca bez pracy[[2]](#footnote-3), w tym:   ⬜ osoba w wieku 50 lat i więcej,  ⬜ kobieta,  ⬜ osoba z niepełnosprawnościami[[3]](#footnote-4),  ⬜ osoba długotrwale bezrobotna[[4]](#footnote-5),  ⬜ osób o niskich kwalifikacjach[[5]](#footnote-6).   1. ⬜ osoba pracująca, w tym:   ⬜ osoba zatrudniona na umowie krótkoterminowej[[6]](#footnote-7)  ⬜ osoba pracująca w ramach umowy cywilnoprawnej, której miesięczne zarobki nie przekraczają 120% wysokości minimalnego wynagrodzenia, w odniesieniu do miesiąca poprzedzającego dzień przystąpienia do projektu  ⬜ osoba uboga pracująca[[7]](#footnote-8). | | |
| 1. **INFORMACJA O ZATRUDNIENIU PRACOWNIKÓW W RAMACH PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** (należy zaznaczyć stawiając znak „X”) | | |
| **W związku z planowanym utworzeniem wyżej opisanej działalności gospodarczej w przypadku uzyskania wsparcia finansowego w ramach projektu:**  Zobowiązuję się do zatrudnienia na podstawie umowy o pracę pracownika w okresie pierwszych 6 miesięcy prowadzenia działalności gospodarczej  ⬜ TAK  ⬜ NIE | | |
| 1. **DIAGNOZA POTRZEB SZKOLENIOWYCH KANDYDATA DO PROJEKTU W ZWIĄZKU  Z PLANOWANYM ROZPOCZĘCIEM PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | | |
| W związku z planowanym utworzeniem działalności gospodarczej dla uczestników Projektu przewidziano wsparcie szkoleniowe „ABC przedsiębiorczości”, które przygotuje Państwa do samodzielnego prowadzenia działalności.  Szkolenie zostanie przeprowadzone wymiarze 60h z zakresu:  - procedury zakładania działalności,  - budżetowania przedsięwzięcia,  - podstawowych form księgowości,  - rozliczeń z US i ZUS  **Mając powyższe na uwadze proszę określić, czy weźmie Pan, Pani udział w szkoleniu „ABC przedsiębiorczości”?**  ⬜ TAK ⬜ NIE | | |
| 1. **KRÓTKA CHARAKTERYSTYKA PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ** | | |
| 1. Proszę opisać pomysł na własną działalność gospodarczą. Proszę wskazać sektor, branżę, jakiego rodzaju prowadzona będzie działalność, oferowane towary/produkty/usługi, grupy odbiorców, obszar działania, motywy otwarcia własnej działalności, wskazać symbol/symbole podklasy rodzaju działalności określony zgodnie z Polską Klasyfikacją Działalności (zgodnie z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 24.12.2007 r. w sprawie Polskiej Klasyfikacji Działalności, Dz. U. z 2007r. nr 251 poz. 1885 ze zm.) oraz zasoby potrzebne do utworzenia działalności gospodarczej (należy opisać posiadane zasoby oraz kategorie wydatków planowane do zakupienia z jednorazowej dotacji inwestycyjnej, ze wskazaniem czy zakupiony towar będzie nowy czy używany oraz przewidywany koszt zakupu). | | |
|  | | |
| 1. Proszę opisać swoje wykształcenie, ukończone kursy, szkolenia, posiadane kwalifikacje, doświadczenie zawodowe, szczególnie w kontekście zgodności z profilem planowanej działalności gospodarczej (w tym okresy zatrudnienia, nazwę stanowiska pracy czy zakres wykonywanych obowiązków). | | |
|  | | |
| 1. **INFORMACJE POZOSTAŁE:** | | |
| W przypadku składania dokumentów rekrutacyjnych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami, prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które moglibyśmy zapewnić w trakcie Pani/Pana udziału w projekcie:  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………… | | |
| **Do niniejszego formularza załączam** (właściwe zaznaczyć „X”):   * Oświadczenie o spełnieniu kryteriów udziału w projekcie - **Załącznik nr 2** do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu w związku z przyznawaniem środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości w ramach projektu pn. „Własna firma w Sercu Kaszub”; * Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność - kserokopia poświadczona przez Kandydata do projektu za zgodność z oryginałem (jeżeli dotyczy); * Dokument poświadczający, że Kandydat jest długotrwale bezrobotny, np. aktualne zaświadczenie o przebywaniu w rejestrze osób bezrobotnych wydane przez urząd pracy lub zaświadczenie ZUS na podstawie US-7 wniosku o wydanie zaświadczenia/informacji z konta osoby ubezpieczonej lub inny dokument, z którego wynikałaby informacja o tym że Kandydat w chwili przystąpienia do projektu jest osobą długotrwale bezrobotną (jeżeli dotyczy); * Kopia umowy krótkoterminowej lub umowy cywilno-prawnej, na którą Kandydat powołuje się w pkt C.2. (jeżeli dotyczy) * Oświadczenie o statusie osoby ubogiej pracującej – **Załącznik nr 10** (jeżeli dotyczy) * Inne:…………………………………………………………………………………………………   Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą własnoręcznym podpisem potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie informacji.  **Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.**  **Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji do projektu pn.: „Własna firma w Sercu Kaszub” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 i bez zastrzeżeń akceptuję jego treść.**  **Zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn.: „Własna firma w Sercu Kaszub” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**  **Jestem świadomy/a, że w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Powiatu Kościerskiego z siedzibą przy ul. 3 Maja 9C, 83-400 Kościerzyna obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na realizację projektu pn.: „Własna firma w Sercu Kaszub”, Powiat Kościerski będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.**  **W przypadku zmiany statusu wskazanego w Formularzu rekrutacyjnym w pkt. C w chwili rozpoczęcia udziału w projekcie, jestem zobowiązany do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o tym fakcie.**  ……………………..........................................................................  *data, czytelny* ***podpis imieniem i nazwiskiem Kandydata do Projektu*** | | |

1. Adres zamieszkania to adres miejsca zamieszkania, zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego, który stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-2)
2. Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy jako osoba bezrobotna oraz osoba która nie jest zarejestrowana jako osoba bezrobotna w ewidencji urzędu pracy. [↑](#footnote-ref-3)
3. Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172, ze zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878, ze zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-4)
4. Osoby długotrwale bezrobotne to osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy. [↑](#footnote-ref-5)
5. Osoby posiadające wykształcenie na poziomie do ISCED 3 (wykształcenie ponadgimnazjalne/ponadpodstawowe) włącznie. Poziom uzyskanego wykształcenia jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. Osoby przystępujące do projektu należy wykazać raz uwzględniając najwyższy ukończony poziom ISCED. [↑](#footnote-ref-6)
6. Umowa wskazująca na zawarcie stosunku pracy lub innej formy zatrudnienia, zawarta na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy. [↑](#footnote-ref-7)
7. Osoby zamieszkujące w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów socjalnych), przypadające na jedną osobę nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu albo osoby, których zarobki w ujęciu miesięcznym nie przekraczają minimalnego wynagrodzenia za pracę (ustalanego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę) w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu. [↑](#footnote-ref-8)