

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Załącznik 1 do Regulaminu Inkubatora Przedsiębiorczości OzN

Formularz rekrutacyjny

Osoba słabowidząca lub niewidoma będzie miała możliwość wypełnienia formularza przy wsparciu pracownika Inkubatora przedsiębiorczości OzN.

Informacje wypełniane przez Realizatora / Operatora

Data wpływu Formularza rekrutacyjnego:

Godzina wpływu Formularza rekrutacyjnego:

Podpis osoby przyjmującej Formularz rekrutacyjny:

Informacje wypełniane przez Kandydata

Wszystkie pola muszą być wypełnione

1. Dane osobowe Kandydata

Nazwisko:

Imię/ Imiona:

PESEL:

Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność:

Tak

Nie

NIP (Uzupełnić obowiązkowo, jeżeli został nadany):

2. Miejsce zamieszkania / dane kontaktowe

Województwo:

Powiat:

Gmina:

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Miejscowość:

Ulica, nr domu / lokalu:

Kod pocztowy:

Poczta:

Telefon:

Adres poczty elektronicznej (e-mail):

3. Wykształcenie – należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia

- ISCED 0** – Brak (brak formalnego wykształcenia)
- ISCED 1** – Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)
- ISCED 2** – Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)
- ISCED 3** – Ponadgimnazjalne/ Ponadpodstawowe

(dotyczy osób, które ukończyły: Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające Liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające, Zasadnicza Szkoła Zawodowa

- ISCED 4** – Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)
- ISCED 5 - 8** – Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera, lub magistra, lub doktora)

4. Opieka nad dzieckiem do lat 7 lub opieka nad osobą zależną

- Tak
- Nie

5. Szczególna sytuacja Kandydata

(proszę zaznaczyć x w każdym właściwym miejscu)

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że jestem:

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia

Tak Nie Odmowa podania informacji

Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Tak Nie

Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

Tak Nie Odmowa podania informacji

Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

(należy zaznaczyć właściwe pola)

Czy jest pani/pan osobą pozostającą bez pracy?

Tak Nie

6. Osoba bezrobotna (jeśli tak, proszę wskazać właściwe pole)

Osoba bezrobotna (Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria)

Tak Nie

w tym:

Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy (Wymagane stosowne zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej):

Tak Nie

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy (Wymagane oświadczenie i stosowne zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej):

Tak Nie

Osoba bierna zawodowo (Osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo). Wymagane stosowne oświadczenie i stosowne zaświadczenie z właściwej instytucji publicznej

Tak Nie

ROLNIK/CZŁONEK RODZINY ROLNIKA podlegający ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu prowadzenia gospodarstwa rolnego, który chce odejść z rolnictwa tj. Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy będąca właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnych o powierzchni użytków rolnych **nieprzekraczających 2 ha przeliczeniowe** lub osoba będąca współmałżonkiem tych osób, a także osoba będąca domownikiem, **podlegająca ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym** z tytułu stałej pracy w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych nieprzekraczających 2 ha przeliczeniowe, która **posiada status osoby bezrobotnej** zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 2 lit. d ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, i jest ukierunkowana na podjęcie zatrudnienia poza rolnictwem jak i na **przejęcie z systemu ubezpieczeń społecznych rolników do ogólnego systemu ubezpieczeń społecznych** (W przypadku osoby ubezpieczonej w KRUS przed pierwszą formą wsparcia należy dołączyć: Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzającego status osoby bezrobotnej/długotrwale bezrobotnej oraz Zaświadczenie z KRUS o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu rolników w pełnym zakresie na mocy ustawy z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników).

Tak Nie

7. Kryteria kwalifikacyjne dotyczące grupy docelowej

(proszę zaznaczyć 1 lub więcej odpowiedzi – jeżeli dotyczy)

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż przynależę do niżej wymienionej grupy osób:

Osoba zamierzająca rozpocząć prowadzenie działalności gospodarczej:

Tak Nie

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Osoba, która do tej pory nie otrzymała wsparcia ze środków publicznych:

Tak Nie

Osoba, która nie posiadała aktywnego wpisu do CEIDG, nie była zarejestrowana jako przedsiębiorca w KRS oraz nie prowadziła działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów w okresie 24 miesiące poprzedzających dzień przystąpienia do projektu

Tak Nie

Czy pełni Pani/Pan jakąkolwiek funkcję w spółce osobowej lub kapitałowej?

Tak pełnię Nie pełnię

Jeżeli **Tak pełnię** – proszę wskazać w jakiej spółce oraz podać numer NIP:

Czy osiąga Pani/Pan dochody z tego tytułu?

Tak Nie

Czy pełni Pani/Pan jakiegokolwiek funkcje w podmiotach wpisanych do KRS?

Tak pełnię Nie pełnię

Jeżeli **Tak pełnię** – proszę wskazać sprawowaną funkcję oraz podać numer KRS:

Czy osiąga Pani/Pan dochody z tego tytułu?

Tak Nie

Proszę przedstawić swój pomysł na działalność i opisać przedmiot działalności (m.in. na czym będzie polegać, sektor/branża w jakiej będzie prowadzona działalność)

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata

Osoba słabowidząca lub niewidoma samodzielnie podpisuje wymagane dokumenty, z tym zastrzeżeniem, że strona obsługująca pomaga zlokalizować odpowiednie miejsce. Jeśli dokument posiada przestrzeń wyznaczoną na podpis, zaleca się wykorzystanie ramki do podpisu (kartonik lub plastikowa karta z wyciętym okienkiem). Należy odpowiednio umieścić ramkę do podpisu w przestrzeni tabeli tak, aby otwór okienka znajdował się w odpowiednim miejscu tabeli, gdzie osoba z dysfunkcją wzroku powinna złożyć podpis.

Przygotowując dokumenty, w których OzN będzie składał podpis uwzględniona zostanie odpowiednio duża przestrzeń na złożenie podpisu (dotyczy to również osób z ograniczeniami w zakresie czynności manualnych).

W sytuacji braku możliwości samodzielnego wypełnienia dokumentów przez OzN dokona tego osoba obsługująca/ pracownik. Sytuacja taka może zdarzyć się, kiedy OzN nie korzysta z komputera i nie jest sama w stanie elektronicznie wypełnić dokumentów, lub preferuje pomoc osobistą.

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Oświadczenia Kandydata

Ja niżej podpisany/a zamieszkały/a

Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

* W wierszach poniżej należy wybrać właściwą odpowiedź.

Oświadczam że:

1. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
2. Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu aktywizacji zawodowej realizowanego w tym samym czasie w ramach środków EFS, w którym jest udzielane wsparcie tego samego rodzaju z zamiarem osiągnięcia tych samych kwalifikacji/kompetencji/wiedzy.
3. Oświadczam, że, do momentu zakończenia wsparcia w projekcie Inkubator przedsiębiorczości OzN nie będę uczestniczył w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków EFS, ani nie będę korzystał z innego wsparcia z zamiarem osiągnięcia tych samych kwalifikacji/kompetencji/wiedzy.
4. Oświadczam, że działalność, którą chce założyć w wyniku udzielonego w projekcie wsparcia **nie była/ była*** w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu prowadzona przez członka rodziny, z wykorzystaniem zasobów materialnych (pomieszczenia, sprzęt itp.) stanowiących zaplecze dla tej działalności.
5. Oświadczam, że **posiadałem(am) / nie posiadałem(am)*** zarejestrowanej działalności gospodarczej (tj. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej), że **byłem(am) zarejestrowany(a)/nie byłem(am) zarejestrowany(a)*** jako przedsiębiorca w Krajowym Rejestrze Sądowym oraz oświadczam, iż **prowadziłem(am)/nie prowadziłem(am)*** działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie dłuższym niż 24 miesiące poprzedzające dzień przystąpienia do projektu.
6. Oświadczam, że **zawiesiłem(am) / nie zawiesiłem(am)*** prowadzenia działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.
7. Oświadczam, że **byłem(am) karany(a) / nie byłem(am) karany(am)*** za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny oraz korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

8. Oświadczam, iż **jestem / nie jestem* karany (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.
9. Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam***Wybierz zaległości w regulowaniu zobowiązań publicznych.
10. Oświadczam, że **byłem(am) zatrudniony(a) / nie byłem(am) zatrudniony(a)*** w rozumieniu Kodeksu Pracy w ciągu ostatnich 3 lat u Realizatora lub Operatora.
11. Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych **korzystałem(am)* / nie korzystałem(am)*** z pomocy de minimis, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiegam, przekraczałyby równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego towarów - równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy.
12. Oświadczam, że **planuję / nie planuję*** rozpoczęcia działalności gospodarczej w sektorach wykluczonych ze wsparcia, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) Nr 1407/2013 z dnia 18 grudnia 2013 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.
13. Oświadczam, iż **cięży / nie cięży*** na mnie obowiązek zwrotu pomocy, wynikający z decyzji Komisji Europejskiej, uznającej pomoc za niezgodną z prawem oraz ze wspólnym rynkiem.
14. Oświadczam, że **planuję / nie planuję*** założyć rolniczą działalność gospodarczą i równocześnie podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników.
15. Oświadczam, że w okresie 24 kolejnych miesięcy przed przystąpieniem do projektu **nie byłem(am) / byłem(am)*** wspólnikiem spółek osobowych prawa handlowego (spółki jawnej, spółki partnerskiej, spółki komandytowej, spółki komandytowoakcyjnej), spółek cywilnych.
16. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1).), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora i Operatora z obowiązków sprawozdawczych. Jestem świadomy/a, że moja zgoda może być





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojej kandydatury.
Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.

17. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu w jego trakcie i po zakończeniu.
18. Zobowiązuję się do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie.
19. Nie jestem właścicielką/-em lub posiadaczką/-em samoistnych lub zależnych nieruchomości rolnych o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub nie jestem współmałżonką/-iem tych osób, a także domownikiem, podlegającym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu stałej pracy w gospodarstwie rolnym o powierzchni użytków rolnych przekraczających 2 ha przeliczeniowe.
20. Jeżeli w trakcie oceny formularza rekrutacyjnego wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu zawodowego lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, niezwłocznie poinformuję pisemnie o tym zdarzeniu Realizatora i informację wyślę na adres biura projektu.
21. Zapoznałam/-em się z pełną dokumentacją projektu w szczególności z przyjętymi kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie Inkubator przedsiębiorczości OzN oraz Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję ich warunki, oraz oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne zawarte w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Inkubator przedsiębiorczości OzN.
22. Zapoznałam/-em się z procesem rekrutacji i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata

