|  |  |
| --- | --- |
| **Nr formularza rekrutacyjnego** | **FR/SB/……./II-…/2017** |
| **Data i godzina wpływu** |  |
| **Czytelny podpis osoby przyjmującej dokument** |  |
| **wypełnia PUP** |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do projektu**

**SIŁA BIZNESU – dotacje na start firmy**

**realizowanego w ramach Poddziałania VIII.3.1 – Wsparcie przedsiębiorczości w formach bezzwrotnych**

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020**

|  |
| --- |
| **PODSTAWOWE INFORMACJE I INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA** |
| Niniejszy formularz został sporządzony na potrzeby rekrutacji do projektu „Siła biznesu – dotacje na start firmy”. Jego wypełnienie i złożenie w Powiatowym Urzędzie Pracy w Pabianicach jest warunkiem koniecznym do ubiegania się o udział w projekcie. Formularz będzie podlegał ocenie formalnej i merytorycznej. |
| Formularz należy wypełnić w języku polskim **w sposób czytelny**, najlepiej przy pomocy komputera. W przypadku wypełnienia odręcznego pismo musi być czytelne. Nieczytelność pisma może skutkować odrzuceniem formularza na etapie oceny formalnej. W sytuacji nanoszenia przez kandydata **odręcznych poprawek bądź skreśleń**, każdą taką zmianę **należy parafować własnoręcznym podpisem**. |
| **Wszystkie białe pola muszą zostać wypełnione** (*wyjątek stanowi adres korespondencyjny, jeśli jest taki sam, jak adres zamieszkania*). |
| **Niedopuszczalne jest usuwanie** jakichkolwiek **stałych elementów** kwestionariusza, tj. rubryk, poleceń, oświadczeń, logotypów Unii Europejskiej, Funduszy Europejskich z nazwą Program Regionalny oraz godła promocyjnego województwa „Łódzkie promuje”. |
| W przypadku wypełniania formularza przy pomocy komputera można rozszerzać pola tabeli lub dodawać wiersze, które przeznaczone są do wpisania treści przez kandydata. |
| Przed przystąpieniem do wypełniania formularza należy zapoznać się z *Regulaminem rekrutacji do projektu „Siła biznesu – dotacje na start firmy”*. Zarówno Regulamin, jak i formularz rekrutacyjny dostępne są na stronie internetowej [www.puppabianice.pl](http://www.puppabianice.pl) lub u pracownika PUP w Pabianicach ul. Waryńskiego 11, bud. B, II p., pok. 217. Dokumenty te można pobrać również w Filii PUP w Konstantynowie Łódzkim ul. Moniuszki 1. |
| Do formularza rekrutacyjnego należy dołączyć kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe i doświadczenie zawodowe. |
| Wszystkie strony formularza, a także załączniki muszą być ponumerowane. |
| Formularze przyjmowane są w terminie: **06.02.2017-07.03.2017** (dotyczy II edycji naboru), w tym: 06.02.2017-15.02.2017 – I grupa, 16.02.2017 r.-07.03.2017 – II grupaw siedzibie PUP w Pabianicach, ul. Waryńskiego 11, bud. B, II p., pok. 217 w dni robocze w godz.: 8:00-14:00. Dokumenty można składać osobiście lub za pośrednictwem poczty – decyduje data wpływu do PUP. Formularze, które wpłyną po terminie, nie będą rozpatrzone. |

|  |
| --- |
| **UWAGA!****Złożenie formularza rekrutacyjnego nie zwalnia z obowiązku stawiania się na wizyty wyznaczone w Powiatowym Urzędzie Pracy w Pabianicach. Niezgłoszenie się w terminie na wizytę może skutkować utratą statusu bezrobotnego, a więc także utratą możliwości ubiegania się o dotację w projekcie „Siła biznesu – dotacje na start firmy”.**   |

|  |
| --- |
| 1. **DANE KANDYDATA – kwestionariusz osobowy**
 |
| **Dane osobowe** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Data urodzenia |  |
| Rodzaj dokumentu tożsamości |  | Seria i nr |  |
| **Adres zamieszkania** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Dane kontaktowe** |
| telefon |  |
| adres e-mail |  |
| **Adres do korespondencji (proszę wypełnić, jeżeli inny niż adres zamieszkania)** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Stan cywilny |  |
| Ustrój majątkowy małżeński | [ ]  nie dotyczy | [ ]  rozdzielność majątkowa | [ ]  wspólnota majątkowa |
| Imię i nazwisko współmałżonka |  |
| **Miejsce pracy współmałżonka:**Nazwa firmy / PKD w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Zajmowane stanowisko / branża |  |

|  |
| --- |
| 1. **STATUS UCZESTNIKA (proszę zaznaczyć właściwe kategorie)**
 |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością[[1]](#footnote-1) | [ ]   |
| Posiadam wykształcenie: podstawowe lub niższe gimnazjalne ponadgimnazjalne ogólnokształcące ponadgimnazjalne zawodowe zasadnicze zawodowe inne (wpisać)………………………………………………………………. | [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |
| Jestem osobą długotrwale bezrobotną, tzn. pozostaję bez pracy, jestem gotowy do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia nieprzerwanie przez okres dłuższy niż ostatnie 12 miesięcy[[2]](#footnote-2) | [ ]  |

|  |
| --- |
| 1. **PODSTAWOWE INFORMACJE O PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**
 |
| **Rodzaj działalności** | [ ]  handlowa | [ ]  usługowa | [ ]  produkcyjna |
| Proszę zaznaczyć „X” właściwą odpowiedź |
| **Nr i nazwa PKD** **(zgodnie z PKD 2007)** | Nr PKD ……………………….. |
| Nazwa: |
| Proszę wskazać główny rodzaj planowanej działalności. W przypadku szerokiego zakresu usług bądź produkcji, proszę wskazać jeden kod PKD, który najlepiej obrazuje planowany zakres działalności. Wykaz PKD jest dostępny na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego <http://www.stat.gov.pl/klasyfikacje/pkd_07/pkd_07.htm> oraz u pracowników PUP. |
| **Planowany termin rozpoczęcia działalności** |  |
| *Działalność należy rozpocząć w terminie do:** *19.05.2017 r. – dot. kandydatów biorących udział w II naborze (grupa I)*
* *27.06.2017 r. – dot. kandydatów biorących udział w II naborze (grupa II)*
 |
| **Czy działalność będzie wymagała uzyskania szczególnych uprawnień, koncesji, pozwoleń? Jeśli tak, proszę wskazać jakich?** |  |
| 1. **CHARAKTERYSTYKA FIRMY**
 |
| **D.1 PRZEDMIOT DZIAŁALNOŚCI** |
| **Proszę określić, na czym będzie polegało prowadzenie działalności, jaki będzie jej przedmiot.** |  |
| **Proszę wymienić produkty / usługi, które będzie Pan/i oferował/a w ramach swojej działalności.**  |  |

|  |
| --- |
| **D.2 POTENCJALNI KLINECI I ODBIORCY PRODUKTÓW LUB USŁUG** |
| **Do kogo będzie kierowana oferta? Proszę scharakteryzować potencjalnych klientów.** **Jak zamierza Pan/i pozyskiwać klientów?** |  |
| **D.3 KONKURENCJA** |
| **Proszę określić, jak duża jest konkurencja w branży, w której planuje Pan/i rozpocząć działalność. Proszę krótko scharakteryzować ofertę konkurencji.****Czy i w jaki sposób Pana/i oferta ta będzie wyróżniała się od tych, które są już dostępne?****W jaki sposób zamierza Pan/i konkurować na rynku?** |  |

|  |
| --- |
| **E. DZIAŁANIA PODJĘTE NA RZECZ PRZEDSIĘWZIĘCIA**  |
| **E.1 ZASOBY LOKALOWE** |
| **Proszę określić, jakie są potrzeby lokalowe planowanego przedsiębiorstwa (wielkość, rodzaj, wyposażenie pomieszczeń).****Czy aktualnie dysponuje Pan/i odpowiednim lokalem?** **Jeśli tak, proszę pokrótce opisać te zasoby. Jeśli nie, proszę określić termin i sposób pozyskania odpowiedniego lokalu (zakup, dzierżawa, wynajem, użyczenie itp.) oraz jego planowaną lokalizację.** |  |
| **Proszę wskazać dokładny adres planowanej działalności.** **W przypadku braku konkretnego lokalu wpisać „Nie dotyczy”.**  | **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
|  | **Czy pod w/w adresem prowadzona jest działalność gospodarcza?** |  [ ]  tak [ ]  nie |
|  | **Jeśli zaznaczono odpowiedź „tak”, proszę wskazać rodzaj działalności.** |  |

|  |
| --- |
| **E.2 INNE DZIAŁANIA I ZASOBY MATERIAŁOWE** |
| **Czy zostały już podjęte jakieś działania na rzecz planowanego przedsięwzięcia? Proszę je krótko opisać.****Proszę wskazać, czy posiada Pan/i jakieś przedmioty (np. sprzęt, meble, samochód, maszyny itp.), które będą mogły być wykorzystane w prowadzeniu działalności.**  |  |

|  |
| --- |
| **F. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I INNE UMIEJĘTNOŚCI** |
| **F.1 WYKSZTAŁCENIE** |
| **Nazwa szkoły/uczelni** | **Data ukończenia** | **Uzyskany tytuł, świadectwo****z podaniem profilu, kierunku lub specjalności** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **F.2 UKOŃCZONE SZKOLENIA I KURSY, UZYSKANE UPRAWNIENIA** |
| **Nazwa organizatora** | **Data ukończenia** | **Zakres tematyczny/uzyskany certyfikat, zaświadczenie** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **F.3 DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** |
| **Nazwa pracodawcy** | **Okres****zatrudnienia** | **Zajmowane stanowisko i podstawowy zakres wykonywanych obowiązków** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **F.4 INNE UMIEJĘTNOŚCI**  |
| **Proszę wskazać posiadane przez Pana/Panią umiejętności, które będą przydatne w planowanej działalności (np. obsługa komputera, znajomość języków obcych, obsługa maszyn i urządzeń itp.)** |  |

|  |
| --- |
| **G. NAKŁADY INWESTYCYJNE NIEZBĘDNE DO URUCHOMIENIA DZIAŁALNOŚCI****WSTĘPNY ZARYS INWESTYCJI** |
| Proszę wymienić przedmioty, które zostaną zakupione w celu uruchomienia działalności w przypadku otrzymania dotacji. Należy wskazać zarówno te wydatki, które zostaną sfinansowane z dotacji, jak i te, których zakup zostanie dokonany ze środków pochodzących z innych źródeł (środki własne, kredyt itp.). Proszę określić cenę jednostkową przedmiotu, całkowitą wartość oraz określić źródło finansowania poprzez wskazanie właściwego symbolu: **„D”** – w przypadku dotacji, **„W”** – w przypadku wkładu własnego, **„I”** – w przypadku innych źródeł. Proszę także wskazać, czy przedmiot będzie nowy **(„N”)** czy używany **(„U”)** oraz podstawę rozliczenia tj. faktura **(„F”),** rachunek imienny **(„R”),** umowa kupna-sprzedaży **(„UKS”).****UWAGA.** W tabeli **nie należy uwzględniać przedmiotów już posiadanych**, a jedynie te, których zakup jest planowany w związku z uruchomieniem działalności. |
| Przedmiot zakupu | L. szt. | Cena jedn. | Razemwartość(l.szt. x cena) | Źródłofinansowa­nia(D,W lub I) | Stan(N lub U) | Podstawa rozliczenia (F, R, UKS) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |  |  |
| 11. |  |  |  |  |  |  |
| 12. |  |  |  |  |  |  |
| 13. |  |  |  |  |  |  |
| 14. |  |  |  |  |  |  |
| 15. |  |  |  |  |  |  |
| 16. |  |  |  |  |  |  |
| 17. |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |
| Wartość inwestycji ogółem: |  |
| Dotacja |  |
| Wkład własny |  |
| Inne środki |  |

**Oświadczam, że:**

* w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu nie posiadałem/am aktywnego wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, ani nie byłem/am zarejestrowany/a jako przedsiębiorca
w Krajowym Rejestrze Sądowym ani nie prowadziłem/am działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów,
* 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 otrzymałem/am bezzwrotnych środków Funduszu Pracy lub innych bezzwrotnych środków publicznych na podjęcie działalności gospodarczej lub rolniczej, założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej,
* nie korzystam równolegle z innych środków publicznych na rozpoczęcie działalności gospodarczej, w tym
w szczególności Europejskiego Funduszu Społecznego, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i nie złożyłam/em wniosku do innego starosty o przyznanie dofinansowania lub przyznanie jednorazowo środków na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej ze środków Funduszu Pracy,
* nie został wobec mnie orzeczony zakaz dostępu do środków publicznych, o którym mowa w art. 12 ust. 1 pkt 1 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),
* w okresie 2 lat przed dniem złożenia wniosku nie byłem/am karany/a za przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu, w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny lub ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary,
* w bieżącym roku podatkowym oraz w dwóch poprzedzających go latach podatkowych nie otrzymałem/am pomocy
de minimis z różnych źródeł i w różnych formach, której wartość brutto łącznie z pomocą, o którą się ubiegam, przekraczałaby równowartość w złotych kwoty 200 000 euro, a w przypadku działalności gospodarczej w sektorze transportu drogowego – równowartość w złotych kwoty 100 000 euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy,
* nie posiadam zaległości w zapłacie podatków, składek ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego ani nie jest wobec mnie prowadzona egzekucja,
* posiadam pełną zdolności do czynności prawnych,
* nie łączy ani nie łączył mnie w przeszłości z Realizatorem Projektu i/lub jego pracownikiem, jego partnerem projektowym lub wykonawcą uczestniczącym w procesie rekrutacji bądź oceny biznesplanów: związek małżeński, stosunek pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej bez ograniczeń, a w linii bocznej do drugiego stopnia) lub związek
z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli,
* nie zamierzam przejąć działalności gospodarczej po członku rodziny (stosunek pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej bez ograniczeń a w linii bocznej do drugiego stopnia),
* nie zamierzam prowadzić takiej samej działalności gospodarczej jak członek rodziny (stosunek pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej bez ograniczeń, a w linii bocznej do drugiego stopnia) pod tym samym adresem
z wykorzystaniem pomieszczeń, w których prowadzona jest ta działalność lub/i z wykorzystaniem ich wyposażenia,
* zamieszkuję na terenie powiatu pabianickiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego,
* zapoznałem/am się z treścią *Regulaminu rekrutacji do projektu „Siła biznesu – dotacje na start firmy”* oraz *Regulaminu przyznawania środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości w ramach projektu „Siła biznesu – dotacje na start firmy”* i akceptuję ich postanowienia,
* podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

**Jednocześnie, w przypadku otrzymania dofinansowania, zobowiązuję się do:**

* prowadzenia działalności gospodarczej w okresie 12 miesięcy od dnia jej rozpoczęcia na terenie województwa łódzkiego oraz nieskładania w tym okresie wniosku o zawieszenie jej wykonywania,
* niepodejmowania zatrudnienia w okresie 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej.

**Do niniejszego formularza dołączam następujące dokumenty:**

**Uwaga!** Wszystkie załączniki należy ponumerować. W przypadku kserokopii należy potwierdzić ich zgodność z oryginałami *(potwierdzenia dokonuje osobiście kandydat, nie ma potrzeby dokonywania potwierdzenia przez instytucje sporządzające poszczególne dokumenty)* w następujący sposób:

*„Za zgodność z oryginałem”*

*data, czytelny podpis kandydata*

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość, data* |  | *Czytelny podpis* |

Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2016 r., poz. 922), **wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych** przez Powiat Pabianicki / Powiatowy Urząd Pracy w Pabianicach dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu „Siła biznesu – dotacje na start firmy” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Miejscowość, data* |  | *Czytelny podpis* |

1. przez osobę **z niepełnosprawnością** rozumie się osobę:

której, niepełnosprawność, zgodnie z przepisami ustawy o zatrudnieniu i rehabilitacji osób niepełnosprawnych, została potwierdzona orzeczeniem:

o zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności,

o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów,

o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia,

bądź osobę z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego, przez co rozumie się osobę:

chorą psychicznie (wykazującej zaburzenia psychotyczne),

upośledzoną umysłowo,

wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych, które zgodnie ze stanem wiedzy medycznej zaliczane są do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym. [↑](#footnote-ref-1)
2. Do okresu ostatnich 12 miesięcy pozostawania bez pracy należy zaliczyć również **okres bezpośrednio przed rejestracją
w Powiatowym Urzędzie Pracy w Pabianicach**, w którym uczestnik projektu nie pracował, był gotowy do podjęcia pracy i aktywnie poszukiwał zatrudnienia [↑](#footnote-ref-2)