|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formularz rekrutacyjny**  **UCZESTNIKÓW PROJEKTU DO DZIAŁANIA 9.1 TYP DZIAŁANIA NR 3**  **REGIONALNY PROGRAM OPERACYJNY WOJEWÓDZTWA PODLASKIEGO  na lata 2014-2020** | | | | | | |
| **Nr ewidencyjny formularza rekrutacyjnego[[1]](#footnote-1)** | | | | |  | |
| **Beneficjent** | | | | | Fundacja Science Point | |
| **Tytuł projektu** | | | | | Business Point Puszcza Knyszyńska | |
| **Nr projektu** | | | | | RPPD.09.01.00-20-0573/20 | |
| **Czas trwania projektu** | | | | | 01.06.2021 – 31.12.2022 | |
| **CZĘŚĆ A** | | | | | | |
| **L.p.** | |  | **Lp.** | **Nazwa** |  | |
| **I** | | **Dane**  **osobowe** | **1** | **Imię (imiona)** |  | |
| **2** | **Nazwisko** |  | |
| **3** | **Płeć** |  | |
| **4** | **Wiek** |  | |
| **5** | **PESEL** |  | |
| **6** | **NIP** |  | |
| **7** | **Stan cywilny** |  | |
| **8** | **Wykształcenie** |  | |
| **II** | | **Adres**  **zamieszkania** | **1** | **Ulica** |  | |
| **2** | **Nr domu** |  | |
| **3** | **Nr lokalu** |  | |
| **4** | **Miejscowość** |  | |
| **5** | **miasto/wieś** |  | |
| **6** | **Kod pocztowy** |  | |
| **7** | **Województwo** |  | |
| **8** | **Powiat** |  | |
| **9** | **Gmina** |  | |
| **III** | | **Dane**  **kontaktowe** | **1** | **Telefon komórkowy** |  | |
| **2** | **Adres poczty elektronicznej** |  | |
| **3** | **Adres do korespondencji** |  | |
| **IV** | | **Dane dotyczące kandydata na uczestnika projektu** | ***Należy zaznaczyć (X) właściwe pole w każdym z wierszy poniżej:*** | | **TAK** | **NIE** |
| **1** | **Osoba od 30 roku życia** |  |  |
| **2** | **Osoba bezrobotna / bierna zawodowo** |  |  |
| **3** | **Osoba, która w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu (dzień złożenia dokumentacji rekrutacyjnej do projektu):**   * nie posiadała wpisu w CEIDG, * nie była zarejestrowana jako przedsiębiorca w KRS, * nie prowadziła działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów, * nie zawiesiła lub nie miała zawieszonej działalności na podstawie przepisów CEiDG lub KRS. |  |  |
| **5** | **Osoba, która nie zamierza:**   * założyć rolniczą działalność gospodarczą i równocześnie podlegać ubezpieczeniu społecznemu rolników zgodnie z ustawą z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników; * założyć działalność komorniczą zgodnie z ustawą z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych. |  |  |
| ***Należy zaznaczyć (X) właściwe pole w każdym z wierszy poniżej:*** | | **TAK** | **NIE** |
| **6** | **Osoba mieszka (w rozumieniu Kodeksu cywilnego) na obszarze LGD Puszcza Knyszyńska,** którego dotyczy projekt, tj. gmin:  Czarna Białostocka,  Knyszyn,  Michałowo,  Supraśl,  Wasilków,  Zabłudów,  Dobrzyniewo Duże,  Gródek,  Jasionówka,  Juchnowiec Kościelny |  |  |
| **OSOBA ZNAJDUJACĄ SIĘ W SZCZEGÓLNIE TRUDNEJ SYTUACJI NA RYNKU PRACY** | | | |
| **6** | **Osoba po 50 roku życia** |  |  |
| **7** | **Kobieta** |  |  |
| **8** | **Osoba z niepełnosprawnością** |  |  |
| **9** | **Osoba długotrwale bezrobotna** |  |  |
| **10** | **Osoba o niskich kwalifikacjach** |  |  |
| **OSOBA ZNAJDUJACĄ SIĘ W GRUPIE DEFAWORYZOWANEJ WSKAZANEJ W LSR STOWARZYSZENIA LGD PUSZCZA KNYSZYŃSKA** | | | |
|  | |  | **11** | **Osoba bezrobotna** |  |  |
| **- w tym długotrwale bezrobotna** |  |  |
| **VI** | | **Dane dotyczące działalności gospodarczej** | **1** | **Czy kandydat będzie prowadził  działalność gospodarczą jako osoba  fizyczna** |  |  |
| **2** | **Planowana data podjęcia działalności gospodarczej** |  | |
| **CZĘŚĆ B** | | | | | | |
| ***INFORMACJE O PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ*** | | | | | | |
| **1** | **Opis planowanej działalności** | | *Proszę opisać przedmiot planowanej działalności, główne kategorie  oferowanych usług / produktów oraz podać obszar, na jakim firma będzie działać.* | | | |
|  | | | |
| **2** | **Charakterystyka klientów** | | *Proszę scharakteryzować osoby (instytucje, przedsiębiorstwa), do których kierowana będzie oferta firmy. Dlaczego wybrano taką grupę docelową?* | | | |
|  | | | |
| **3** | **Charakterystyka konkurencji** | | *Proszę podać, z jakich innych ofert mogą skorzystać klienci. Czym będzie się różnić oferta wnioskodawcy na tle konkurencji? Czy w miejscu  planowanej działalności gospodarczej istnieje firma o  identycznym/podobnym profilu działalności?* | | | |
|  | | | |
| **4** | **Stopień przygotowania inwestycji do realizacji** | | *Co jest niezbędne, by planowane przedsiębiorstwo mogło sprawnie  funkcjonować (odpowiedni lokal, sprzęt, pracownicy, uprawnienia, itp.)? Czy wnioskodawca podjął jakieś kroki by warunki te spełnić?* | | | |
|  | | | |
| **5** | **Zakres planowanej inwestycji** | | *Jakie zakupy wnioskodawca planuje sfinansować w ramach otrzymanej  dotacji?* | | | |
|  | | | |
| **6** | **Posiadane  doświadczenie/wykształcenie przydatne do  prowadzenia  działalności** | | *Proszę opisać doświadczenie w przedmiotowym zakresie* | | | |
|  | | | |
| **UWAGI:** | | | | | | |
| Należy wpisać ewentualne uwagi, które nie znalazły miejsca w całej ankiecie, a są Państwa zdaniem niezbędne i uzupełniają informacje dotyczące części A lub B niniejszego Formularza. Mają one jedynie charakter informacyjny/uzupełniające i nie stanowią kryterium oceny. | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA** | | | | | | |
| Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko) ...........................................................................................................................  zamieszkały/a (adres zamieszkania) ……………………………………………...................................................................................  legitymujący/a się dowodem osobistym .....................................................................................................................  wydanym przez ..........................................................................................................................................................  **Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** | | | | | | |
| ***W wierszach poniżej należy wykreślić niewłaściwą odpowiedź*** | | | | | | |
| 1 | Oświadczam, że **posiadałem(am)\*/ nie posiadałem(am)**\* zarejestrowanej działalności gospodarczej w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. | | | | | |
| 2 | Oświadczam, że **byłem/byłam zarejestrowany(a)\*/ nie byłem/byłam zarejestrowany(a**)\* w Krajowym Rejestrze Sądowym, oświadczam, iż nie prowadziłem/am/ działalności na podstawie odrębnych przepisów (w tym m.in. działalności adwokackiej, komorniczej) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. | | | | | |
| 3 | Oświadczam, że **zawiesiłem(am)\* / nie zawiesiłem(am)**\* prowadzenia działalności na podstawie odrębnych przepisów w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. | | | | | |
| 4 | Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji uczestników projektu Business Point Puszcza Knyszyńska i akceptuję jego warunki. | | | | | |
| 5 | Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. | | | | | |
| 6 | 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. | | | | | |
| 7 | Oświadczam, że w dniu przystąpienia do projektu **posiadam\* / nie posiadam\*** nieuregulowanych w terminie zobowiązań cywilnoprawnych. | | | | | |
| 8 | Oświadczam, że w bieżącym roku kalendarzowym oraz dwóch poprzedzających go latach kalendarzowych **korzystałem(am)\* / nie korzystałem(am)\*** z pomocy de minimis, 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. | | | | | |
| 9 | Oświadczam, że **otrzymałem(am)\* / nie otrzymałem (am)\*** pomoc publiczną dotyczącą tych samych kosztów kwalifikowalnych, o które ubiegam się w ramach projektu, w wysokości………………euro, obliczonych według średniego kursu Narodowego Banku Polskiego obowiązującego w dniu udzielenia pomocy. | | | | | |
| 10 | Oświadczam, iż w przypadku otrzymania wsparcia bezzwrotnego na rozwój przedsiębiorczości zobowiązuję się do jej prowadzenia (bez zawieszenia) przez okres minimum 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej[[2]](#footnote-2). | | | | | |
| 11 | Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji projektu, monitoringu i ewaluacji. | | | | | |
| 12 | Oświadczam, że nie korzystam równolegle z innych środków publicznych, na rozpoczęcie działalności gospodarczej w tym zwłaszcza środków Funduszu Pracy, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, środków oferowanych w ramach PO WER, RPO oraz środków oferowanych w ramach Programu Rozwoju Obszarów Wiejskich 2014-2020 na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem i prowadzeniem działalności gospodarczej. | | | | | |
| 13 | Oświadczam, że nie zachodzą przesłanki wskazane w §3 pkt. 3 *Regulaminu rekrutacji uczestników projektu* **lub inne** przesłanki wskazujące na moje powiązanie z beneficjentem/ partnerem/ wykonawcą/ podmiotem przygotowującym wniosek o dofinansowanie projektu. | | | | | |
| 14 | Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(a) że projekt pt. Business Point Puszcza Knyszyńska jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego Oś Priorytetowa IX Rozwój lokalny, Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego. | | | | | |
| \* niepotrzebne skreślić  ....................................... …....................................................  (miejscowość, data) (podpis kandydata na uczestnika projektu ) | | | | | | |

1. Pole uzupełnianie przez Beneficjenta. [↑](#footnote-ref-1)
2. Do okresu prowadzenia działalności gospodarczej zalicza się przerwy w jej prowadzeniu z powodu choroby lub korzystania ze świadczenia rehabilitacyjnego. [↑](#footnote-ref-2)