



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji – ścieżka dotacyjna

Projekt pn.: „Przedsiębiorczość i nowe kwalifikacje - szansą na sukces zawodowy” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, realizowany przez **Lech Consulting Sp. z o. o.** na podstawie Umowy nr RPKP.08.05.02-04-0163/18-00, Oś priorytetowa 8 Aktywni na rynku pracy, Działanie 8.5 Rozwój pracowników i przedsiębiorstw MŚP w regionie, Poddziałanie 8.5.2 Wsparcie outplacementowe.

Data wpływu	Nr identyfikacyjny formularza

* wypełnia osoba przyjmująca formularz

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 oraz wsparciem pomostowym o charakterze indywidualnej, specjalistycznej usługi doradczo-szkoleniowej.

1. Dane Kandydata:

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

Organizator

Lech Consulting Sp. z o. o.

Biuro Projektu:

ul. Podmurna 65/1, 87-100 Toruń

tel.: 601 456 599, e-mail: sukces@LC.net.pl





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:	

Czy założyłby/-aby Pan(i) działalność gospodarczą ze środków własnych pomimo nieotrzymania środków na podjęcie działalności gospodarczej w ramach Poddziałania 8.5.2 Wsparcie outplacementowe?

TAK

NIE

2. Dane dodatkowe 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"/> <input type="checkbox"/> tak nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <i>(jeżeli dotyczy, dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego status na rynku pracy)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tak 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"/> <input type="checkbox"/> tak nie
Osoba pracująca <i>w tym: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tak nie



osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
inne	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Wykonywany zawód: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)		
inny	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
instruktor praktycznej nauki zawodu	<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)		
.....		
Osoba odchodząca z rolnictwa: (osoby posiadające gospodarstwo rolne o powierzchni powyżej 2 ha przeliczeniowych lub członkowie ich rodzin ubezpieczeni w KRUS, planujące podjąć zatrudnienie poza rolnictwem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tak	nie
Nazwa ostatniego / aktualnego pracodawcy:		
Stosunek względem ostatniego pracodawcy:	<input type="checkbox"/> zwolniony – data zwolnienia <input type="checkbox"/> przewidziany do zwolnienia – data zwolnienia <input type="checkbox"/> zagrożony zwolnieniem <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Informacja nt. przyczyny zwolnienia, wygaśnięcia umowy:	<input type="checkbox"/> zwolnienie grupowe <input type="checkbox"/> przyczyny ekonomiczne <input type="checkbox"/> redukcja etatów <input type="checkbox"/> likwidacja zakładu pracy <input type="checkbox"/> inna:	
	<input type="checkbox"/> zmiany organizacyjne, restrukturyzacja lub reorganizacja zakładu pracy <input type="checkbox"/> przyczyny produkcyjne <input type="checkbox"/> zmiany technologiczne	



STATUS SPOŁECZNY		
<i>(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia)</i>		
Osoba należąca do mniejszości narodowej¹ lub etnicznej², migrant³, osoba obcego pochodzenia⁴ (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tak	nie
		<input type="checkbox"/>
		odmowa odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tak	nie
Osoba z niepełnosprawnościami⁶ (dane wrażliwe) - jeśli dotyczy należy dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność oraz jeśli występuje potrzeba wypełnić Ankiety potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tak	nie
		<input type="checkbox"/>
		odmowa odpowiedzi
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej⁷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	tak	nie
		<input type="checkbox"/>
		odmowa odpowiedzi

¹ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

² Zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszości: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

³ Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości.

⁴ 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.

⁵ 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/szpitala, 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).

⁶ 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.

⁷ 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).

3. Oświadczenia:

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- w ciągu 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu nie posiadałem/-am aktywnego wpisu w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej, Krajowym Rejestrze Sądowym, nie byłem/-am zarejestrowany/-a jako przedsiębiorca ani nie prowadziłem/-am działalności gospodarczej na podstawie odrębnych przepisów;
- samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie;
- zapoznałem/-am się z *Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie* (obowiązkowy dla wszystkich Kandydatów) oraz *Regulaminem przyznawania środków finansowych na rozpoczęcie działalności gospodarczej* zamieszczonymi na stronie internetowej www.LC.net.pl (zakładka „Projekty własne”), 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 – Lech Consulting Sp. z o.o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Organizatora projektu zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.) oraz Rozporządzenia 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).

4. Załączniki:

- 1) *Krótki opis planowanej działalności gospodarczej;*
- 2) *Oświadczenie od pracodawcy;*
- 3) *Oświadczenie o nieposiadaniu innego źródła dochodu;*
- 4) *Oświadczenie osoby odchodzącej z rolnictwa (jeśli dotyczy).*

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