

Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt „LOWES – Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej”
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
realizowany przez Centrum PISOP w partnerstwie z Fundacją Kaliski Inkubator Przedsiębiorczości
na podstawie Umowy nr POKL.07.02.02-30-002/12
zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Poznaniu
w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki
Priorytet VII Promocja integracji społecznej
Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej
Poddziałanie 7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej

WYPEŁNIA INSTYTUCJA WYPEŁNIAJĄCA FORMULARZ	
Numer referencyjny formularza rekrutacyjnego:/7.2.2/2013
Data przyjęcia formularza:	
Podpis osoby przyjmującej formularz:	

Instrukcja wypełniania formularza rekrutacyjnego do projektu

1. *Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza należy zapoznać się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa do projektu nr POKL.07.02.02-30-002/12”. Złożenie wypełnionego Formularza rozumiane jest jako zapoznanie się z Regulaminem oraz zobowiązanie do jego przestrzegania.*
2. *Zawarte w formularzu instrukcje dotyczą tylko i wyłącznie I etapu rekrutacji, jakim jest złożenie prawidłowo wypełnionego Formularza Rekrutacyjnego wraz z Załącznikiem nr 1 „Opis działań planowanej Spółdzielni Socjalnej”. Nie zawierają wskazówek dla dalszych etapów postępowania w ramach Projektu.*
3. *Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, komputerowo lub DRUKOWANYMI LITERAMI.*
4. *Należy wypełnić wszystkie pola Formularza lub wpisać „nie dotyczy”.*
5. *Warunkiem przekazania formularza do oceny merytorycznej jest prawidłowe uzupełnienie go w części formalnej i uzyskanie oceny pozytywnej na etapie oceny formalnej.*
6. *Formularz należy podpisać czytelnie w wyznaczonym miejscu.*
7. *Wszystkie podpisy należy dokonać kolorem innym niż czarny.*
8. *Wszystkie kserokopie załączanych dokumentów muszą być poświadczane za zgodność z oryginałem przez Kandydata poprzez opatrzenie każdej strony kopii dokumentu klauzulą „Za zgodność z oryginałem”, oraz własnoręcznym podpisem kandydata.*
9. *Formularz rekrutacyjny z załącznikami należy dostarczyć osobiście lub przesać listownie pod adres wskazany w § 1, ust. 2. Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w wyznaczonym terminie rekrutacji podanym na stronach internetowych.*
10. *Dokumenty rekrutacyjne można złożyć osobiście pod adres wskazany w § 1, ust. 2 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w godzinach pracy (tzn. w dni robocze bez sobót), w godzinach od 7.30 do 15.30.*

Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

11. Dokumenty rekrutacyjne złożyć można również w siedzibie OPS właściwego dla miejsca zamieszkania Kandydata/ki w godzinach pracy ww. OPS.

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KI			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
Data urodzenia ¹		Wiek w chwili złożenia formularza	
PESEL			
NIP			
Adres zameldowania ²			
Ulica, nr domu/lokalu			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Powiat	<input type="checkbox"/> gostyński <input type="checkbox"/> m. Leszno	<input type="checkbox"/> kościański <input type="checkbox"/> rawicki	<input type="checkbox"/> leszczyński <input type="checkbox"/> wolsztyński
Województwo			

¹ W projekcie mogą wziąć udział osoby w wieku aktywności zawodowej (dla kobiet 18-59 lat, dla mężczyzn 18-64 lata).

² Beneficjent zastrzega sobie prawo do zweryfikowania adresu zameldowania lub zamieszkania na podstawie okazanego dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego zameldowanie lub zamieszkanie.

Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

--	--

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż zameldowania)	
Ulica, nr domu/lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Powiat	<input type="checkbox"/> gostyński <input type="checkbox"/> kościański <input type="checkbox"/> leszczyński <input type="checkbox"/> m. Leszno <input type="checkbox"/> rawicki <input type="checkbox"/> wolsztyński
Województwo	
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> wiejski (gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców) <input type="checkbox"/> miejski (gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców)
Telefon stacjonarny/komórkowy	
Adres e-mail	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> brak

II. AKTUALNY STATUS KANDYDATA/KI		
- osoba jest zarejestrowana we właściwym ze względu na miejsce zameldowania stałego lub czasowego powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna ³	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

- osoba posiada status osoby niepełnosprawnej, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych ⁴	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba posiada status osoby bezdomnej realizującej indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej ⁵	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba posiada status osoby uzależnionej od alkoholu lub narkotyków i innych środków odurzających, po zakończeniu programu psychoterapii/programu terapeutycznego w zakładzie leczenia odwykowego/zakładzie opieki zdrowotnej ⁶	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba posiada status osoby chorej psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego ⁷	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba posiada status osoby zwalnianej z zakładu karnego, mającej trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej ⁸	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba posiada status uchodźcy realizującego indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej ⁹	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

³ Jeśli tak, należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy).

⁴ Jeśli tak, należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (orzeczenie o niepełnosprawności).

⁵ Jeśli tak, należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej).

⁶ Jeśli tak, należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (zaświadczenie o zakończeniu programu psychoterapii/programu terapeutycznego – wypis po zakończeniu terapii z właściwego zakładu leczenia odwykowego).

⁷ Jeśli tak, należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (zaświadczenie lekarskie).

⁸ Jeśli tak, należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej).

⁹ Jeśli tak, należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej).

Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

Kandydat/ka zamierza ubiegać się o środki finansowe na:	
- założenie spółdzielni socjalnej	<input type="checkbox"/>
- wsparcie pomostowe przez okres pierwszych 6 miesięcy funkcjonowania Spółdzielni	<input type="checkbox"/>

Obecny status na rynku pracy:	
- osoba powracająca na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem dziecka	<input type="checkbox"/>
- osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
- osoba nieposiadająca kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>
- osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/>
- samotny rodzic	<input type="checkbox"/>
- osoba do 25 roku życia	<input type="checkbox"/>

Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

Czy kandydat/kandydatka prowadził/prowadziła działalność gospodarczą?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy kandydat/kandydatka prowadził/a działalność gospodarczą/zawiesił/a działalność lub był/a członkiem spółdzielni socjalnej w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu oraz czy kandydat/ka korzystał/a z innych środków publicznych na założenie lub przystąpienie do spółdzielni socjalnej, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach PO KL na pokrycie wydatków związanych z założeniem i/lub przystąpieniem osoby fizycznej do spółdzielni socjalnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Planowana funkcja/stanowisko osoby w spółdzielni socjalnej		

.....
(Miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu)

Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

Załączniki

1. Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego – Opis działań planowanej Spółdzielni Socjalnej.
2. Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego – Informacja o otrzymanej dotychczas pomocy de minimis/pomocy publicznej.
3. Załącznik nr 3 do Formularza rekrutacyjnego – Oświadczenie.
4. Załącznik nr 4 do Formularza rekrutacyjnego – Deklaracja uczestnictwa w projekcie.
5. Kandydat/ka ma obowiązek dołączyć do Formularza rekrutacyjnego stosowne zaświadczenie potwierdzające przynależność do co najmniej jednej z grup docelowych projektu wymienionych w § 4 ust. 1 Regulaminu (jeśli dotyczy):
 - 1) zaświadczenie Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające posiadanie statusu osoby bezrobotnej,
 - 2) zaświadczenie potwierdzające spełnienie przez Kandydata/kę warunków, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 Regulaminu, a w szczególności:
 - a. osoby uzależnione od alkoholu lub narkotyków i innych środków odurzających, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego – zaświadczenie o zakończeniu programu psychoterapii/programu (wypis po zakończeniu terapii z właściwego zakładu leczenia odwykowego),
 - b. osoby uzależnione od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej oraz osoby chore psychicznie –zaświadczenie z zakładu opieki zdrowotnej,
 - c. uchodźcy realizujący indywidualny program integracji – zaświadczenie z powiatowego centrum pomocy rodzinie,
 - d. osoby bezdomne realizujące indywidualny program wychodzenia z bezdomności oraz osoby zwalniane z zakładu karnego, mające trudności w integracji ze środowiskiem – zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej,
 - e. osoby chore psychicznie – zaświadczenie lekarskie,
 - f. osoby zwalniane z zakładu karnego, mające trudności w integracji ze środowiskiem – zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej
 - 3) orzeczenie o stopniu niepełnosprawności Kandydata/ki.