FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Formularz PES oraz jego przedstawicieli

Projekt	Na szlaku Inspiracji – model franszyzy społecznej łączący kulturę, edukację i turystykę
Numer umowy	FERS.04.13-IP.06-0014/25
Beneficjent	4ES Non Profit sp. z o.o., ul. Św. Katarzyny 4a/2,87-100 Toruń

Instrukcja: Dla każdej zgłaszanej osoby należy złożyć oddzielny formularz. Części A dotyczy PES, a część B - uczestnika. Jeden PES może zgłosić maksymalnie 3 osoby.

Dokumenty zgłoszeniowe należy wypełnić, podpisać kwalifikowanym podpisem elektronicznym (np. za pomocą usługi dostępnej w aplikacji mObywatel), a następnie przesłać na adres: rekrutacja@szlakinspiracji.pl.

W przypadku braku możliwości złożenia kwalifikowanego podpisu elektronicznego należy przesłać na powyższy adres e-mail skany wypełnionych i własnoręcznie podpisanych dokumentów. Ich oryginały należy dostarczyć najpóźniej w dniu rozpoczęcia pierwszej formy wsparcia.

A. DANE PODMIOTU EKONOMII SPOŁECZNEJ

Dane podstawowe i kontaktowe	
Pełna nazwa PES	
NIP	
Typ podmiotu	☐ Fundacja ☐ Stowarzyszenie ☐ Spółdzielnia socjalna ☐ Spółka non profit ☐ inny PES:
Status przedsiębiorstwa społecznego	☐Tak ☐ Nie
Adres siedziby	
Miejscowość i kod pocztowy	| |- | | |
Gmina/ powiat/ województwo	
Telefon	
E-mail	

I. Kryteria formalne (należy zaznaczyć właściwe odpowiedzi):

1	**PES spełnia definicję podmiotu ekonomii społecznej zgodnie z informacją w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie (§ 3. Grupa docelowa, ust. 2):**	☐ tak ☐ nie
2	**PES jest zarejestrowany i prowadzi działalność w Polsce**	☐ tak ☐ nie
3	**PES prowadzi działalność w zakresie usług edukacyjno-turystycznych:** **JEŚLI NIE** **PES deklaruje gotowość wprowadzenia do dokumentów statutowych zapisów umożliwiających prowadzenie usług edukacyjno-turystycznych**	☐ tak ☐ nie ☐ tak ☐ nie ☐ nie dotyczy

II. Kryteria premiujące (należy zaznaczyć właściwe odpowiedzi):

1	**Doświadczenie podmiotu w działaniach dla osób zagrożonych wykluczeniem społecznym**	☐ Tak ☐ Nie Krótki opis (należy podać liczbę osób i zakres wsparcia z ostatnich 3 lat kalendarzowych):
2	**Status przedsiębiorstwa społecznego**	☐ Tak ☐ Nie
3	**Zasięg oddziaływania co najmniej wojewódzki**	☐ Tak ☐ Nie Krótki opis zasięgu realizowanych działań z ostatnich 3 lat kalendarzowych:

Podpis przedstawiciela PES

Osoba uprawniona do reprezentacji PES potwierdza zgłoszenie wskazanej poniżej osoby do udziału w projekcie oraz prawdziwość danych dotyczących PES zawartych w formularzu zgłoszeniowym.

Miejscowość i data:	Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji PES:

B. DANE PRZEDSTAWICIELA PES (UCZESTNIKA PROJEKTU)

Dane wymagane do rekrutacji i monitorowania w CST2021	
Imię i nazwisko	
PESEL	
Obywatelstwo	
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Wykształcenie	☐ Podstawowe lub niższe ☐ średnie ☐ Policealne ☐ Wyższe
Związek z PES	☐ Pracownik ☐ Członek ☐ Wolontariusz ☐ Wspólnik spółki non profit ☐ Inne (wpisać jakie)
Adres zamieszkania	
Miejscowość i kod pocztowy	| | - | | |
Gmina/ powiat/ województwo	
Kraj	
Telefon	
E-mail	

I. Obecny status na rynku pracy (należy wybrać 1 z 3 opcji):

1	**Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:** **Jeśli TAK, należy zaznaczyć dodatkowo:** w tym: A) osoba długotrwale bezrobotna: ☐ Tak ☐ Nie B) inne: ☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
2	**Osoba bierna zawodowo:** **Jeśli TAK, należy zaznaczyć dodatkowo**: w tym: A) osoba ucząca się/odbywająca kształcenie : (należy podać planowaną datę zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia .....) B) osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu: ☐ Tak ☐ Nie C) inne ☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie
3	**Osoba pracująca:** **Jeśli TAK, należy zaznaczyć dodatkowo**: w tym: • osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w administracji rządowej ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) ☐ Tak ☐ Nie	☐ Tak ☐ Nie

	• osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w MMŚP ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (w tym kadra pedagogiczna) ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (w tym kadra niepedagogiczna) ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (w tym kadra zarządzająca) ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca na uczelni ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ Tak ☐ Nie • osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ Tak ☐ Nie • inne ☐ Tak ☐ Nie Wykonywany zawód: …… *Nazwa przedsiębiorstwa/organizacji/instytucji*	

II. Prosimy i zaznaczenie czy należy Pan/Pani do jednej z niżej wymienionych grup:

1	**Osoba obcego pochodzenia**	☐ Tak ☐ Nie
2	**Osoba państwa trzeciego:**	☐ Tak ☐ Nie
3	**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane):**	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
4	**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:**	☐ Tak ☐ Nie
5	**Osoba z niepełnosprawnościami:**	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

Czy w związku z udziałem w projekcie potrzebuje Pan/Pani zapewnienia szczególnych udogodnień lub wsparcia?

☐ Nie ☐ Tak – *proszę wskazać, jakie*

Podanie informacji jest dobrowolne i służy zapewnieniu dostępności udziału w projekcie, np. dostępności architektonicznej, materiałów w odpowiedniej formie.

III. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE:

Pouczony/a i świadomy/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Na szlaku inspiracji – model franszyzy społecznej łączący kulturę, edukację i turystykę" realizowanym przez 4ES Non Profit Sp. z o.o.

2. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w powyższym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

3. Oświadczam, że w związku z udziałem w niniejszym projekcie, nie korzystam i nie będę korzystać ze wsparcia w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, realizowanego w ramach celu szczegółowego FERS:

„EFS+.CP4.K – Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej."

4. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia.

5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, a jego realizacja odbywa się w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego.

6. Zobowiązuję się do wypełnienia dokumentów projektowych, w tym merytorycznych przygotowanych przez Beneficjenta w trakcie Projektu. Mam świadomość, iż dokumenty te posłużą Beneficjentowi w procesie monitorowania, kontroli i ewaluacji realizowanego projektu.

7. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania Projektu na stronach internetowych, w materiałach filmowych, publikacjach.

Miejscowość i data	Podpis uczestnika projektu

C. Wypełnia Beneficjent

Data wpływu kompletnego zgłoszenia	
Kryteria formalne	☐ Spełnione ☐ Niespełnione
Kryteria premiujące	..... /6pkt
Wynik	☐ zakwalifikowano do projektu ☐ niezakwalifikowano ☐ lista rezerwowa
Uwagi	
Data i podpis osoby weryfikującej	