

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Załącznik nr 2

## **Wniosek osoby fizycznej ubiegającej się o dotację na tworzenie działalności gospodarczej w ramach instrumentu “Dostępnej i elastycznej dotacji” dla osób z niepełnosprawnościami**

Data wpływu

Numer ewidencyjny

Podpis osoby przyjmującej wniosek

**Wnioskodawca musi wypełnić wszystkie pola we wniosku.**

**Jeśli jakieś pytanie/polecenie go nie dotyczy, musi wpisać „nie dotyczy”.  
Pozostawienie pustych pól w dokumencie skutkować może odrzuceniem wniosku o przyznanie środków finansowych na rozwój przedsiębiorczości.**

### **I. Dane personalne Wnioskodawcy:**

- 1. Imię/ Imiona:**
- 2. Nazwisko:**
- 3. Data i miejsce urodzenia:**
- 4. Seria i nr dowodu osobistego:**
- 5. Organ wydający dowód osobisty:**
- 6. PESEL:**
- 7. Wykształcenie:**

niższe niż podstawowe

Projekt partnerski



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonych – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- podstawowe
- gimnazjalne
- ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe)
- policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe)
- wyższe

#### 8. Adres zamieszkania:

**Ulica:**

**Nr domu:**

**Nr lokalu:**

**Kod pocztowy:**

**Gmina:**

**Powiat:**

**Województwo:**

#### 9. Telefon kontaktowy:

#### 10. Adres email:

#### II. Aktualny status zawodowy potencjalnego Uczestnika projektu: Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):

Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy (Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów):

- tak                       nie

Jestem osobą poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu, niezależnie od pobieranych świadczeń związanych z niepełnosprawnością

- tak                       nie

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie  
CZAS  
przestrzeń  
tożsamość

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Jestem osobą uczącą się na uczelni wyższej

tak  nie

W ciągu ostatnich 12 miesięcy prowadziłem/am działalność gospodarczą

tak  nie

Jestem osobą z niepełnosprawnościami

tak  nie

**Opis planowanej działalności gospodarczej:**

**Identyfikacja wnioskodawcy**

**Charakterystyka działalności przedsiębiorstwa**

Proszę zaprezentować w skrócie przedsiębiorstwo, zakres działalności, rodzaj wytwarzanych produktów/ świadczonych usług.

Nazwa działalności

Planowana data rozpoczęcia działalności

Przedmiot i zakres działalności /zgodnie z PKD/

Forma prawna działalności

Deklarowane miejsce rejestracji działalności gospodarczej

Wnioskodawca **zamierza / nie zamierza** zarejestrować się jako płatnik podatku VAT.

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Wysokość łącznej kwoty wnioskowanych środków na rozwój przedsiębiorczości w części biznesowej:

Wysokość łącznej kwoty wnioskowanych środków na rozwój przedsiębiorczości w części kompensacyjnej:

Termin, w którym nastąpi pełne wykorzystanie środków przyznanych Uczestnikowi projektu na rozwój przedsiębiorczości:

Prowadzenie tej działalności nie wymaga / wymaga uzyskania pozwoleń, zaświadczeń, zezwoleń, certyfikatów, koncesji, licencji. Jeżeli wymaga ich uzyskania, proszę krótko opisać, w jakim zakresie:

**Pomysł na biznes – analiza marketingowa.**

**Sektor, branża:**

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## **Produkt**

### **Charakterystyka produktu/usługi**

Charakterystyka produktu/usługi

Na czym polega przewaga rynkowa produktu oferowanego przez wnioskodawcę?  
Dlaczego klienci zainteresowani będą tym właśnie produktem/usługą?

## **Projekt partnerski**



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie  
CZAS  
przestrzeń  
tożsamość

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Czy produkt/usługa będzie odznaczał się sezonowością? Jeśli tak, to jak będziesz starał się równoważyć jej niekorzystny wpływ?

Nowo powstały podmiot i zakres planowanego przedsięwzięcia.  
Proszę opisać na czym polega planowane przedsięwzięcie?

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

**Wykonalność planowanego przedsięwzięcia**

Proszę opisać zasadność planowanego przedsięwzięcia oraz sposób jego realizacji

**Cel przedsięwzięcia**

Proszę opisać jaką jest misja i wizja, cele długookresowe (4-5 lat), cele taktyczne (2-3 lat) oraz cele operacyjne (na najbliższy rok)

**Projekt partnerski**



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## **Klienci i rynek**

### **Klienci**

Proszę opisać klientów, do których skierowany jest produkt lub usługa, w jaki sposób zostali wybrani, czy firma nastawia się na klienta masowego, a może będzie tylko kilku większych odbiorców produktów/usług. Proszę udowodnić, że w każdym wybranym przez siebie przypadku taki rynek daje najlepsze z ekonomicznego punktu widzenia możliwości zbytu.

Do kogo adresowana jest oferta? (Proszę o możliwie precyzyjne określenie w oparciu o czytelne kryteria)

Jakie są oczekiwania klientów w stosunku do oferowanego produktu? Czy najistotniejsza jest dla nich niska cena, wysoka jakość czy też inne czynniki?

## **Projekt partnerski**



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Ilu klientów Wnioskodawca zamierza pozyskać po zrealizowaniu przedsięwzięcia?  
(Uzasadnić)

## Rynek

Czy produkt /usługa będą posiadały jakieś dodatkowe cechy w odniesieniu do wybranego segmentu rynku, czy też względem konkurentów? Jeśli tak proszę opisać je dokładnie oraz udowodnić, dlaczego właśnie takie pozycjonowanie produktu/usługi może odnieść sukces.

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Czy istnieją bariery wejścia na rynek? Czy wymaga to dużych nakładów, posiadania technologii, Know-how i patentów, koncesji?

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Czy rynek ma charakter rosnący (rozwojowy), stabilny czy malejący – proszę krótko opisać lokalne uwarunkowania.

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Czy istnieje możliwość pozyskania nowych rynków zbytu? Proszę je opisać.

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## **Promocja.**

### **Charakterystyka promocji**

Proszę dokonać wyboru metod dotarcia do klientów, oraz ich krótkiej charakterystyki i uzasadnić, dlaczego takie metody będą skuteczne.

Przy użyciu, jakich narzędzi klienci będą informowani o produktach/usługach?

## **Projekt partnerski**



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Jaki będzie koszt opisanych powyżej działań, w ujęciu rocznym?

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

W jaki sposób odbywa się sprzedaż? Proszę opisać metody/kanały dotarcia do klientów. Proszę **opisać proces sprzedaży**.

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## Główni konkurenci

### Konkurencja

Proszę o porównanie Wnioskodawcy i głównych konkurentów, z którymi będzie rywalizował.

W ocenie proszę uwzględnić cechy takie jak potencjał przedsiębiorstwa, pozycja i udział w rynku, wysokość cen, jakość produktów dystrybucji i promocji.

- **Nazwa:**

### Opis:

## Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- **Nazwa:**

**Opis:**

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- **Nazwa:**

**Opis:**

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## Strategia konkurencji

Proszę zaprezentować strategię konkurowania, czy firma będzie konkurować ceną czy może jakością, lub też Wnioskodawca ma inny pomysł na zdystansowanie konkurencji. Dlaczego przedstawiona strategia będzie skuteczna, proszę przewidzieć, jakim potencjałem dysponuje konkurent i czy jego działania odwetowe nie będą dla firmy zbyt groźne na obecnym etapie działalności?

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## Analiza ograniczeń

### Analiza ograniczeń i rozwiązań alternatywnych

Proszę wymienić i scharakteryzować czynniki mogące ograniczać działalność firmy zarówno w bliższej jak i dalszej przyszłości.

Poniżej przedstawiono podstawowe kategorie ograniczeń, jeśli projektodawca zauważa inne jak np. polityczne czy kulturowe, wynikające ze specyfiki działalności, można rozbudować tabelę.

Proszę opisać rozwiązania będące odpowiedzią na zdiagnozowane ograniczenia.

- **Organizacyjne**

Rozwiązanie:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- **Techniczne**

Rozwiązanie:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- **Czasowe**

Rozwiązanie:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- **Finansowe**

Rozwiązanie:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- **Prawne**

Rozwiązanie:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej







„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

- **Inne**

Rozwiązanie:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## **Potencjał wnioskodawcy**

### **Identyfikacja potencjału wnioskodawcy**

### **Wykształcenie i doświadczenie zawodowe wnioskodawcy**

Proszę przedstawić swoje wykształcenia, doświadczenia zawodowe i dodatkowe umiejętności.

### **Wykształcenie**

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## Doświadczenie zawodowe

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## Znajomość języków obcych

## Umiejętność obsługi komputera

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## Kursy i szkolenia

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## **Dodatkowe umiejętności**

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



**U**  
**FT**  
stowarzyszenie  
CZAS  
przestrzeń  
tożsamość

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

**Personel** - informacja o planowanym zatrudnieniu pracowników w okresie 12 miesięcy od założenia działalności gospodarczej

Proszę wymienić i opisać kluczowe dla funkcjonowania przedsiębiorstwa stanowiska, proszę podać planowane zatrudnienie w etatach lub częściach etatów (wypełnić tylko w przypadku zatrudnienia personelu).

Nazwa stanowiska	Liczba zatrudnionych na umowę o pracę osób/etatów (wymagane kwalifikacje)	Liczba zatrudnionych na umowę zlecenie i pracowników sezonowych (wymagane kwalifikacje)

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Nazwa stanowiska	Liczba zatrudnionych na umowę o pracę osób/etatów (wymagane kwalifikacje)	Liczba zatrudnionych na umowę zlecenie i pracowników sezonowych (wymagane kwalifikacje)
Suma		

Projekt partnerski



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## **Przygotowanie do realizacji projektu i wykonane działania**

Proszę opisać podjęte działania w celu realizacji przedsięwzięcia (promocja, pozyskanie klientów, zaangażowanie środków, badanie rynku)

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Poniżej należy wyszczególnić majątek, który będzie stanowił własność przedsiębiorstwa, a także który będzie używany w firmie na podstawie umów najmu, dzierżawy i leasingu (z wyłączeniem tego, który zostanie zakupiony/ wynajęty/wydzierżawiony itp. w ramach dotacji).

Grunty (podać grunty, które będą stanowić własność przedsiębiorstwa lub będą użytkowane na podstawie umów dzierżawy lub użyczenia)

- Lokalizacja
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Powierzchnia
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Forma władania (własność, użyczenie, dzierżawa)
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- Szacowana wartość

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Budynki i budowle (podać budynki, które będą stanowić własność przedsiębiorstwa lub będą użytkowane na podstawie umów najmu, użyczenia lub leasingu)

- Lokalizacja i przeznaczenie
- Powierzchnia
- Forma władania (własność, użyczenie, najem, leasing)
- Szacowana wartość

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie  
CZAS  
przestrzeń  
tożsamość

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Maszyny i urządzenia (podać urządzenia, które będą stanowić własność przedsiębiorstwa lub będą użytkowane na podstawie umów dzierżawy, użyczenia lub leasingu)

- Rodzaj (typ, producent, model)
- Rok produkcji
- Forma władania (własność, użyczenie, dzierżawa, leasing)
- Szacowana wartość

Środki transportu (podać środki transportu, które będą stanowić własność przedsiębiorstwa lub będą użytkowane na podstawie umów najmu, użyczenia lub leasingu)

- Rodzaj (typ, producent, model)
- Rok produkcji
- Forma władania (własność, użyczenie, dzierżawa, leasing)
- Szacowana wartość

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Pozostałe środki trwałe i wartości niematerialne i prawne (wymienić najważniejsze, dla pozostałych podać szacunkowe wartości dla poszczególnych grup np. narzędzia czy meble)

- Rodzaj
- Forma władania (własność, użyczenie, dzierżawa, leasing)
- Szacowana wartość

Środki użytkowane bezumownie – można tu wymienić środki użytkowane na potrzeby działalności gospodarczej np. pojazdy czy lokale należące do właścicieli.

## **Koszty**

Planowany koszt przedsięwzięcia w podziale na część biznesową i kompensacyjną (w tym koszt zatrudnienia pracowników):

Koszty w części biznesowej:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Koszty w części kompensacyjnej:

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

### III. Oświadczenia:

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

.....  
podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu rekrutacyjnym zgodnie z Rozporządzeniem 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 (Dz. Urz. UE L119 z 04.05.2016 str.1) (RODO) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych przez Operatora do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Operatora z nałożonych na niego obowiązków wynikających z projektu. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

.....  
podpis

Oświadczam, że świadoma/-y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikającej z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny, zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłam/-em karana/-y za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.

.....  
podpis

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Oświadczam, że nie posiadałem/am zarejestrowanej działalności gospodarczej w Krajowym Rejestrze Sądowym, Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu.

.....  
podpis

Oświadczam, że nie korzystam równolegle z innych środków publicznych przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. Otrzymana dotacja nie stanowi wkładu własnego w innych projektach.

.....  
podpis

Oświadczam, że nie prowadzę działalności rolniczej innej niż wskazana w art. 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r., poz. 149 ze zm.).

.....  
podpis

Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy lub innym (w tym w ramach umów cywilnoprawnych) z Operatorem oraz nie łączę mnie i nie łączyłem z Operatorem lub jego pracownikiem uczestniczącym w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów: związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa lub związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli.

.....  
podpis

Projekt partnerski



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji Uczestników i akceptuję jego warunki;

.....  
podpis

Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie przyznawania środków na tworzenie działalności gospodarczej w ramach „dostępnej i elastycznej dotacji” i Formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.

.....  
podpis

Oświadczam, że po rozpoczęciu działalności gospodarczej **zamierzam / nie** zarejestrować się jako płatnik podatku VAT.

.....  
podpis

Oświadczam, że wyrażam zgodę, aby wszelka korespondencja związana z moim udziałem w projekcie była kierowana na adres email

i traktowana równorzędnie z wysłaniem pisma. Jednocześnie wyrażam zgodę, aby wszelkie terminy związane z moim udziałem w projekcie, w tym m.in. dotyczące procedury odwoławczej, informowania o zakwalifikowaniu się do projektu itp. były liczone od dnia wysłania wiadomości e-mail i traktowane jako skuteczne doręczenie.

.....  
podpis

Projekt partnerski

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe):

- w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych, nie otrzymałam/-em pomocy de minimis
- w ciągu bieżącego roku budżetowego oraz dwóch poprzedzających go lat budżetowych, otrzymałam/-em pomoc de minimis w wysokości

Otrzymana pomoc de minimis (wypełnić w przypadku zaznaczenia oświadczenia o otrzymaniu pomocy de minimis.):

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## 1. podmiot udzielający pomocy de minimis

podstawa prawa otrzymanej pomocy (Należy podać pełną podstawę prawną udzielenia pomocy (nazwa aktu prawnego)

data udzielenia pomocy de minimis

nazwa programu pomocowego, numer decyzji lub umowy

forma pomocy (Pomocą jest każde wsparcie udzielone ze środków publicznych w szczególności: dotacje, pożyczki, kredyty, gwarancje, poręczenia, ulgi i zwolnienia podatkowe, zaniechanie poboru podatku, odroczenie płatności lub rozłożenie na raty płatności podatku, umorzenie zaległości podatkowej oraz inne formy wsparcia, które w jakikolwiek sposób uprzywilejowują ich beneficjenta w stosunku do konkurentów.)

wartość pomocy brutto w zł

wartość pomocy brutto w euro

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie  
czas  
przestrzeń  
tożsamość

„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## 2. podmiot udzielający pomocy de minimis

podstawa prawa otrzymanej pomocy

data udzielenia pomocy de minimis

nazwa programu pomocowego, numer decyzji lub umowy

forma pomocy

wartość pomocy brutto w zł

wartość pomocy brutto w euro

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

### 3. podmiot udzielający pomocy de minimis

podstawa prawa otrzymanej pomocy

data udzielenia pomocy de minimis

nazwa programu pomocowego, numer decyzji lub umowy

forma pomocy

wartość pomocy brutto w zł

wartość pomocy brutto w euro

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



**U**  
**FT**  
stowarzyszenie  
czas  
przestrzeń  
tożsamość



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

#### 4. podmiot udzielający pomocy de minimis

podstawa prawa otrzymanej pomocy

data udzielenia pomocy de minimis

nazwa programu pomocowego, numer decyzji lub umowy

forma pomocy

wartość pomocy brutto w zł

wartość pomocy brutto w euro

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej





**Fundusze Europejskie**  
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita  
Polska**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## 5. podmiot udzielający pomocy de minimis

podstawa prawa otrzymanej pomocy

data udzielenia pomocy de minimis

nazwa programu pomocowego, numer decyzji lub umowy

forma pomocy

wartość pomocy brutto w zł

wartość pomocy brutto w euro

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie  
CZAS  
przestrzeń  
tożsamość



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

## 6. podmiot udzielający pomocy de minimis

podstawa prawa otrzymanej pomocy

data udzielenia pomocy de minimis

nazwa programu pomocowego, numer decyzji lub umowy

forma pomocy

wartość pomocy brutto w zł

wartość pomocy brutto w euro

.....  
podpis

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej



stowarzyszenie  
CZAS  
przestrzeń  
tożsamość



„Włączenie wyłączonej – aktywne instrumenty wsparcia osób niepełnosprawnych na rynku pracy”  
Nr projektu: POWR.02.06.00-00-0065/19

Oświadczam, że:

- jestem osobą niepełnosprawną zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotne;
- jestem osobą poszukującą pracy niepozostającą w zatrudnieniu, niezależnie od pobieranych świadczeń związanych z niepełnosprawnością;
- jestem osobą niepełnosprawną uczącą się na uczelni wyższej.

.....  
podpis

Załączniki:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności,
2. Harmonogram rzeczowo - finansowy wydatkowania środków finansowych na tworzenie działalności gospodarczej w ramach „dostępnej i elastycznej dotacji” dla Osób z niepełnosprawnościami
3. Kserokopie dokumentów potwierdzających doświadczenie, umiejętności i kwalifikacje kandydata do dotacji.

Projekt partnerski



Ministerstwo Rodziny  
i Polityki Społecznej

