*Załącznik nr 1 - Formularz kwalifikacyjny wraz z oświadczeniami/załącznikami*

**Formularz kwalifikacyjny**

**wraz z oświadczeniami**

***Uczestników projektu pt:***

***„Z pomysłem po dotację IV”***

***w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014 – 2020,***

***Oś priorytetowa 10 Regionalny Rynek Pracy,***

***Działanie 10.3 Rozwój samozatrudnienia***

**Biuro projektu (adres)**:

**Lokalna Grupa Działania „WARMIŃSKI ZAKĄTEK”**

**11-100 Lidzbark Warmiński, ul. Krasickiego 1**

**Formularz należy złożyć w wyznaczonym terminie osobiście, lub za pośrednictwem poczty/kuriera**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK** | |
| ***Numer identyfikacyjny UP:*** |  |
| ***Data i godzina przyjęcia***  ***(z koperty)*** |  |

***OŚWIADCZENENIE KANDYDATA DOTYCZĄCE PROJEKTU***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***1.DANE PERSONALNE*** | | |
| ***Nazwisko i imię*** | |  |
| ***Data i miejsce urodzenia*** | |  |
| ***Wiek ukończony w latach*** | |  |
| ***Płeć*** | | *kobieta  mężczyzna* |
| ***Adres zamieszkania***  Zgodnie z zapisami art. 25 Kodeksu Cywilnego oświadczam, że zamieszkuję zgodnie z poniższym adresem: | | |
| *Miejscowość* | |  |
| *Ulica, nr domu/lokalu* | |  |
| *Kod pocztowy, poczta* | |  |
| *Powiat (proszę zaznaczyć X*  *we właściwym miejscu)* | | *lidzbarski  bartoszycki  kętrzyński* |
| *Gmina* | |  |
| ***Miejsce zamieszkania*** *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)* | | *wieś*  *miasto* |
| ***Tel. stacjonarny***  *(wraz z numerem kierunkowym)* | |  |
| ***Tel. komórkowy*** | |  |
| ***Adres e-mail*** | |  |
| ***Nr i seria dowodu osobistego***  ***lub innego dokumentu*** | |  |
| ***Stan cywilny*** | |  |
| ***PESEL*** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| ***NIP*** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  | *\_* |  |  |  | *\_* |  |  | *\_* |  |  | |
| ***2.WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA*** | | |
| ***Poziom wykształcenia zgodnie z załączoną do formularza kopią dokumentu***  *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)* | *wyższe – ISCED 5 - 8*  *policealne – ISCED 4*  *średnie ogólnokształcące – ISCED 3*  *średnie zawodowe – ISCED 3*  *zasadnicze zawodowe – ISCED 3*  *gimnazjalne – ISCED 2*  *podstawowe – ISCED 1*  *brak – ISCED 0* | |
| ***Zgodność wykształcenia z kierunkiem planowanej działalności*** *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)* | *tak*  *nie* | |

***Oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne, a nr PESEL i data urodzenia są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.***

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

***OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE***

|  |  |
| --- | --- |
| ***1. STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU*** | |
| ***Status na rynku pracy w momencie składania dokumentów rekrutacyjnych***  *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)*  *definicje zgodnie z regulaminem projektu § 2 ust 6* | *Oświadczam że należę do kategorii:*  *osób bezrobotnych, w tym:*  ***jestem zarejestrowana/y*** *w urzędzie pracy jako bezrobotna/y (bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędu pracy lub*  *nie pracuję i* ***nie jestem zarejestrowana/y*** *w urzędzie pracy ale poszukuję pracy i jestem gotowa/y do jej podjęcia (bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędów pracy)* |
| *osób biernych zawodowo*  *tzn. nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/y w urzędzie pracy a także nie jestem gotowy do podjęcia pracy i aktywnie nie poszukuje zatrudnienia.* |
| ***Warunki kwalifikacyjne do projektu***  *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu – może być kilka)*  *Definicje zgodnie z regulaminem projektu § 4 ust 2* | *Oświadczam, że spełniam co najmniej jeden z poniższych warunków przystąpienia do projektu:*  *osoba powyżej 50 roku życia*  *osoba z niepełnosprawnościami*  *osoba długotrwale bezrobotna*  *osoba niskowykwalifikowana (tj. o niskich kwalifikacjach – poziom ISCED 3 włącznie)*  *kobieta* |

***Oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP pod względem ich zgodności z prawdą.***

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

|  |  |
| --- | --- |
| ***UZYSKANE DOTACJE LUB INNA POMOC PUBLICZNA***  ***Dotyczy osób które w przeszłości prowadziły działalność gospodarczą i uzyskały środki z Unii Europejskiej na ten cel w ciągu ostatnich 3 lat*** | |
| ***W ramach środków przyznanych na podjęcie działalności gospodarczej***  *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)* | *dotyczy*  *nie dotyczy* |
| *Jeśli dotyczy – podać kwotę i cel pomocy oraz datę otrzymania środków (dołączyć kserokopię zaświadczenia otrzymanej pomocy de minimis)* |  |

***Oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne***

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PLANOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. ***Planowana działalność***   *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)* | | *handlowa*  🞎 | | | | | | | usługowa  🞎 | | | produkcyjna  🞎 |
| ***2. Planowany termin rozpoczęcia działalności*** | |  | | | | | | | | | | |
| ***3. Czy planowana działalność wymaga uprawnień*** *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu)* | | ***TAK  NIE*** | | | | | | | | | | |
| ***4. Czy planowana działalności zalicza się do tzw. inteligentnych specjalizacji jeżeli tak to do jakiej***  *Definicje zgodnie z regulaminem projektu § 2 ust 16*  *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu, wg. głównego PKD działalności)* | | ***Inteligentne specjalizacje***  ***TAK  NIE***  ***Jeżeli TAK jaki obszar***  ***Drewno i Meblarstwo***  ***Ekonomia wody***  ***Żywność wysokiej jakości*** | | | | | | | | | | |
| ***5. Główne PKD planowanej działalności gospodarczej wraz z nazwą PKD.*** | |  | | | | | | | | | | |
| ***6. Proszę opisać czym będzie zajmowała się firma:*** | ***1. zakres działalności***  ***(czym będzie zajmowała się firma), oraz należy określić obszar działalności (miasto, powiat, województwo)***  ***Uwaga: zgodnie z regulaminem projektu uczestnikiem projektu może zostać osoba która zamierzać rozpocząć działalność gospodarczą na obszarze województwa warmińsko-mazurskiego*** |  | | | | | | | | | | |
| ***2. charakterystyka produktów/usług*** |  | | | | | | | | | | |
| ***3. cechy wyróżniające dla produktu lub usługi*** |  | | | | | | | | | | |
| ***4. uzasadnienie wyboru branży*** |  | | | | | | | | | | |
| ***5. miejsce siedziby firmy, forma własności lokalu*** |  | | | | | | | | | | |
| ***6. deklaracja zatrudnienia:***  *(W przypadku gdy Wnioskodawca nie planuje zatrudnienia pracowników należy wpisać „nie dotyczy”)*  *Należy podać informacje w odniesieniu do każdego pracownika.* | *Czy konieczne jest zatrudnienie osób do prowadzenia działalności*  *…………………………………………………………….*  *…………………………………………………………….*  *…………………………………………………………….* | | | | | | | | | | |
| ***Oświadczam, że planuję zatrudnić pracowników zgodnie z poniższymi danymi[[1]](#footnote-1):***  *Planowana wielkość zatrudnienia(liczba osób)*  *………………………………………………………………..*  *Planowany wymiar zatrudnienia*  *……………………………………………………………………*  *Rodzaj formy zatrudnienia*  *………………………………………………………………..*  *Planowany okres zatrudnienia*  *………………………………………………………………..* | | | | | | | | | | |
| ***7. Jakie niezbędne uprawnienia posiada właściciel do prowadzenia działalności gospodarczej***  *- Jeśli dotyczy* |  | | | | | | | | | | |
| ***7. Planowane wnioskowana kwota dotacji(maks. 25 395,00 zł)*** | |  | | | | | | | | | | |
| ***8. Przeznaczenie wydatków inwestycyjnych z podaniem szacunkowej wartości***  ***(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu oraz wskazać poszczególne wydatki wraz z kosztami jednostkowymi, np. aktywa trwałe:***  ***- laptop – 2000zł***  ***- wiertarka – 1000zł***  ***- samochód – 14000zł)***  ***Można dołączyć do formularza załącznik ze specyfikacją zakupów.***  ***Nie należy podawać zbiorczej kwoty wydatków.*** | | *wartości niematerialne i prawne*  *…………………………………………………….*  *aktywa trwałe ………………………………*  *…………………………………………………..*  *koszty prac remontowych*  *……………………………………………………*  *środki obrotowe w tym:*  *- towar ……………………………………..*  *- surowce ………………………………….*  *inne (jakie) …………………………………* | | | | | | | | | | |
| ***9. Czy dysponuje Pan/i środkami i/lub zasobami własnymi na rozpoczęcie działalności gospodarczej*** | | *ŚRODKI FINANSOWE*:  *nie posiadam*  *tak, posiadam środki w wysokości ................., które chcę przeznaczyć na otworzenie działalności gospodarczej*  *nie będą potrzebne* | | | | | | | | | | |
| *POMIESZCZENIE, TEREN DO PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ:* | | | | | | | | | | |
| *ZASOBY (np. urządzenia, maszyny, środki obrotowe):* | | | | | | | | | | |
| ***10. Posiadane wykształcenie i kwalifikacje uzupełniające zgodne z kierunkiem planowanej działalności gospodarczej (zgodnie z załączonymi dokumentami).***  ***Kwalifikacje uzupełniające zgodne z kierunkiem planowanej działalności gospodarczej to:***  ***kursy, szkolenia, uzupełnienia, studia podyplomowe, licencje, szkoły policealne, uprawnienia czeladnicze, inne stopnie naukowe***  **/jeśli zabraknie tabeli należy dołączyć kolejne wiersze/** | | **Wykształcenie zgodne z kierunkiem planowanej działalności:** | | | | | | | | | | |
|  | | Instytucja: | | | | | |  | | |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | | | | | |  | | |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: | | | | | |  | | |
|  | | Instytucja: | | | | | |  | | |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | | | | | |  | | |
| Uzyskane stopnie lub dyplomy: | | | | | |  | | |
| **Kwalifikacje uzupełniające zgodne z kierunkiem planowanej działalności:** | | | | | | | | | | |
|  | | | Instytucja: | | | | | |  | |
| Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | | | | | |  | |
| Uzyskane certyfikaty, zaświadczenia, uprawnienia zawodowe: | | | | | |  | |
|  | | | Instytucja: | | | | | |  | |
|  | | | Daty: od (m-c/rok) do (m-c/rok) | | | | | |  | |
|  | | | Uzyskane certyfikaty, zaświadczenia, uprawnienia zawodowe: | | | | | |  | |
| ***11. Posiadane doświadczenie zawodowe zgodne z kierunkiem planowanej działalności gospodarczej (zgodnie z załączonymi dokumentami)***  ***(np. uczestnik planuje założyć firmę ogólnobudowlaną, jego całkowity staż pracy to 10 lat, doświadczenie w pracy na budowach to 2 lata. W tym punkcie należy wskazać wyłącznie doświadczenie w pracy zgodne z kierunkiem planowanej działalności)***  **/jeśli zabraknie tabeli należy dołączyć kolejne wiersze/** | | **Przebieg pracy zawodowej zgodnej z kierunkiem planowanej działalności (doświadczenie zawodowe, udokumentowane):** | | | | | | | | | | |
| *I.* | **Daty: od (d-m-c/rok) do (d- m-c/rok)** | | | |  | | | | | |
| Miejsce: | | | |  | | | | | |
| Firma: | | | |  | | | | | |
| Stanowisko: | | | |  | | | | | |
| Opis/zakres obowiązków (nie więcej niż 100 znaków) | | | |  | | | | | |
| *II.* | **Daty: od (d-m-c/rok) do (d- m-c/rok)** | | | |  | | | | | |
| Miejsce: | | | |  | | | | | |
| Firma: | | | |  | | | | | |
| Stanowisko: | | | |  | | | | | |
| Opis/zakres obowiązków (nie więcej niż 100 znaków) | | | |  | | | | | |
| *III.* | **Daty: od (d-m-c/rok) do (d- m-c/rok)** | | | |  | | | | | |
| Miejsce: | | | |  | | | | | |
| Firma: | | | |  | | | | | |
| Stanowisko: | | | |  | | | | | |
| Opis/zakres obowiązków (nie więcej niż 100 znaków) | | | |  | | | | | |
| *Doświadczenia zawodowego i umiejętności nabyte na podstawie referencji, opinii pracodawcy itp.* | | | | | | | | | | |
| *I.* | | | | **Daty: od (d-m-c/rok) do (d- m-c/rok)** | |  | | | | |
| Miejsce: | |  | | | | |
| Firma: | |  | | | | |
| Stanowisko: | |  | | | | |
| Opis/zakres obowiązków (nie więcej niż 100 znaków) | |  | | | | |
|  | | *II.* | | | | **Daty: od (d-m-c/rok) do (d- m-c/rok)** | |  | | | | |
| Miejsce: | |  | | | | |
| Firma: | |  | | | | |
| Stanowisko: | |  | | | | |
| Opis/zakres obowiązków (nie więcej niż 100 znaków) | |  | | | | |

***Za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą grozi odpowiedzialność w drodze powództwa cywilnego.***

***OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI:***

1. *Oświadczam, że dane podane w Formularzu Kwalifikacyjnym są prawdziwe tj. zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.*
2. *Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Przyznawania Środków Finansowych na Rozwój Przedsiębiorczości i akceptuję jego warunki.*
3. *Oświadczam, iż spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.*
4. *Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.*
5. *Zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko Mazurskiego na lata 2014 -2020.*
6. *Nie posiadam obowiązku zwrotu pomocy wynikającej z decyzji Komisji Europejskiej uznającej pomoc za nie zgodną z prawem oraz wspólnym rynkiem.*
7. ***Do niniejszego formularza kwalifikacyjnego dołączam następujące dokumenty (zaznacz właściwy kwadrat):***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa dokumenty*** | ***tak*** | ***Nie dotyczy*** |
| ***1.*** | *Oświadczenia kandydata do projektu – załącznik nr 2* |  |  |
| ***2.*** | *Oświadczenie potwierdzające status osoby długotrwale bezrobotnej (w rozumieniu BAEL)* ***niezarejestrowanej*** *w Urzędzie Pracy w rozumieniu definicji zawartej w § 4 ust. 2 „długotrwale bezrobotny” – załącznik 3* |  |  |
| ***3.*** | *Aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status osoby długotrwale bezrobotnej* ***zarejestrowanej*** *w Urzędzie Pracy w rozumieniu definicji zawartej w § 4 ust. 2 „długotrwale bezrobotny”* |  |  |
| ***4.*** | *Kserokopie potwierdzoną za zgodność z oryginałem orzeczenia o przyznanym stopniu niepełnosprawności* |  |  |
| ***5.*** | *Aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna i czasie pozostawania w rejestrze bezrobotnych – dotyczy osób zarejestrowanych w Urzędzie Pracy poniżej 12 miesięcy* |  |  |
| ***6.*** | *Kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających wykształcenie, kwalifikacje (certyfikaty, dyplomy, uprawnienia i inne)* |  |  |
| ***7.*** | *Kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe z kierunkiem planowanej działalności gospodarczej (świadectwa pracy, zaświadczenia od pracodawcy, referencje, polecenia i inne)* |  |  |
| ***8.*** | *Oświadczenie o nieotrzymaniu/o wysokości otrzymanej pomocy de minimis –– załącznik nr 4* |  |  |

***………………………………………… ……………………………………..***

*Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydata do Projektu*

*Załącznik nr 2 – Oświadczenie kandydata do projektu*

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA DO PROJEKTU**

Ja niżej podpisany/a………………………………………………………………………

(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a ………..…………………………………………………………………………………

(zgodnie z oświadczeniem o miejscu zamieszkania)

**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą**

1. Oświadczam, że zamierzam zarejestrować działalność gospodarczą na terenie województwa warmińsko – mazurskiego.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Zobowiązuję się do prowadzenia działalności gospodarczej rozpoczętej w ramach projektu „Z pomysłem po dotację IV” przez okres co najmniej 12 miesięcy od dnia wypłaty wsparcia finansowego oraz nie składania w tym okresie wniosku o zawieszenie jej wykonania.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że w ciągu ostatnich 2 lat nie byłam/em zatrudniony/a (umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło lub inne) w Lokalnej Grupie Działania „WARMIŃSKI ZAKĄTEK”, Powiecie Bartoszyckim lub Wykonawcy w ramach Projektu oraz w Wojewódzkim Urzędzie Pracy w Olsztynie i instytucjach wobec niego nadrzędnych.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że nie pozostaję w związku małżeńskim lub w faktycznym pożyciu oraz w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki, kurateli z Beneficjentem/Partneram i/lub z pracownikami Beneficjenta, Partnera lub Wykonawcy uczestniczącymi w procesie rekrutacji i oceny biznesplanów.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że nie posiadałam/em wpisu do CEIDG , nie byłam/em zarejestrowana/y w Krajowym Rejestrze Sądowym lub nie prowadziłam/em działalności na podstawie odrębnych przepisów (w tym m.in. działalność adwokacka, komornicza lub oświatowa) w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu złożenia dokumentów rekrutacyjnych**[[2]](#footnote-2)**;

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że nie prowadziłam/prowadziłem zarejestrowanej działalności gospodarczej w okresie co najmniej 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam w pełni z praw publicznych;

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, iż nie byłem/łam karany/a za przestępstwa skarbowe oraz korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że nie jestem i nie byłem w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych, wspólnikiem lub komplementariuszem w spółkach osobowych, bądź członkiem spółdzielni utworzonej na podstawie prawa spółdzielczego.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz dwóch poprzedzających go latach podatkowych nie otrzymałem/am pomocy de minimis z różnych źródeł i w różnych formach, 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.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie w ramach Działania 10.3 lub 10.5 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko – Mazurskiego na lata 2014-2020, a także nie korzystam równolegle z innych środków publicznych na pokrycie wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej bądź też założeniem spółdzielni lub spółdzielni socjalnej, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków oferowanych w ramach innych programów operacyjnych finansowanych ze środków funduszy Unii Europejskiej.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, iż nie zmienię statusu na rynku pracy oraz nie zarejestruje działalności gospodarczej w okresie od dnia złożenia dokumentów rekrutacyjnych do dnia podpisania deklaracji przystąpienie do projektu.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, iż w przypadku uzyskania środków na podjęcie działalności gospodarczej podejmę działalność w sektorze pozarolniczym niezwiązaną z produkcją roślinną, zwierzęcą. Otworzona przez ze mnie działalność gospodarcza nie będzie wyłączona z pomocy de minimis oraz nie będzie naruszać zasad i przepisów związanych z udzieleniem środków finansowych na rozpoczęcie działalności gospodarczej.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, iż nie posiadam zaległości w ZUS i US

***……………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, iż nie widnieję w rejestrze prowadzonym przez Biuro Informacji Gospodarczej Infomonitor S.A

***...............…………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, iż nie orzeczono wobec mnie zakazu dostępu do środków, o których mowa w art.5 ust. 3 pkt 1 i 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz.1240 z późn. zm.) na podstawie art. 12 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 roku o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U. z dnia 6 lipca 2012r., poz.769).

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że w ramach projektu nie rozpocznę działalności gospodarczej prowadzonej wcześniej przez członka rodziny, z wykorzystaniem zasobów materialnych (pomieszczenia, sprzęt, itp.) stanowiących zaplecze dla tej działalności, w przypadku gdy członek[[3]](#footnote-3) rodziny zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej nie później niż 6 miesięcy przed dniem złożenia formularza kwalifikacyjnego

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że w ramach projektu nie rozpocznę działalności gospodarczej prowadzonej o tym samym profilu, co przedsiębiorstwo prowadzone przez członka rodziny[[4]](#footnote-4) i pod tym samym adresem, z wykorzystaniem pomieszczeń, w których jest prowadzona działalność.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielenia informacji o swojej sytuacji na rynku pracy w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie (zaświadczenie ZUS, US, CEIDG, oświadczenia o zatrudnieniu pracownika, i inne o które poprosi Beneficjent)

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

1. W związku z przystąpieniem do Projektu „Z pomysłem po dotację IV” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko Mazurskiego na lata 2014 - 2020 wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 31 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.

***………………………………….***

***Data i czytelny podpis Kandydata***

**Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że**:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: Instytucja Zarządzająca).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru pn. „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl.
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g 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). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktach prawnych:
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
6. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia   
   17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
7. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 ;
8. Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
9. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „Z pomysłem po dotacje IV”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
10. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt - Lokalnej Grupie Działania „WARMIŃSKI ZAKĄTEK”, Powiatowi Bartoszyckiemu oraz innym podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu „Z pomysłem po dotacje IV”.
11. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
12. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta.
13. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu akceptacji sprawozdania końcowego z realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 przez Komisję Europejską.
14. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
15. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
16. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
17. W terminie 12 miesięcy od dnia uzyskania wsparcia finansowego z EFS przekażę Beneficjentowi informacje na temat wszystkich zatrudnionych przeze mnie pracowników oraz dane dot. mojego statusu na rynku pracy.

…………………………… …………………………...…………………..

(miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydata do projektu)

***Załącznik nr 3***

*Oświadczenie potwierdzające status osoby długotrwale bezrobotnej*

*(w rozumieniu BAEL)* ***nie zarejestrowanej*** *w Urzędzie Pracy w rozumieniu definicji zawartej w § 4 ust. 2 „długotrwale bezrobotny”*

**Oświadczenie**

**Ja niżej podpisany/a**

(imię i nazwisko)

**zamieszkały/a** ……………………………….. (adres zamieszkania)

Oświadczam, iż jestem:

**Osobą długotrwale bezrobotną** *(w rozumieniu BAEL)* **nie zarejestrowaną** **w Urzędzie Pracy** *w rozumieniu definicji zawartej w § 4 ust. 2 „długotrwale bezrobotny”*

*Data zakończenia ostatniej pracy zarobkowej*

*……………………………………………………………………………………………..*

*Liczba miesięcy pozostawania bez pracy od ostatniej pracy zarobkowej*

*…………………………………………………………………………………………….*

*Powód pozostawania bez pracy*

*…………………………………………………………………………………………….*

***…………………………………… ………………………………….***

***(miejscowość, data) Czytelny podpis Kandydata***

**Załącznik 4**

Oświadczenie o nieotrzymaniu/o wysokości otrzymanej pomocy de minimis

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

zamieszkały/a

(adres zamieszkania)

**oświadczam, że w bieżącym roku podatkowym oraz w poprzedzających go dwóch latach podatkowych(proszę wybrać jedno z poniższych):**

**nie otrzymałem/nie otrzymałam i/lub firma, której byłem/byłam właścicielem nie otrzymała pomocy *de minimis***

**otrzymałem/otrzymałam i/lub firma której byłem/byłam właścicielem otrzymała pomoc de minimis w wysokości ............................................... zł (tj.: ..................................................... euro.) – w tym przypadku proszę wypełnić zestawienie otrzymanej pomocy de minimis**

Uwaga:

Zgodnie z art. 44 ust. 1 ustawy z dnia 30 kwietnia 2004 r. o postępowaniu w sprawach dotyczących pomocy publicznej (Dz. U. z 2007 r. Nr 59, poz. 404 z późn. zm.) w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonanie obowiązków, o których mowa w art. 21 ust. 2 i art. 39, oraz za utrudnianie przeprowadzenia kontroli u beneficjenta pomocy, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów może, w drodze decyzji, nałożyć na beneficjenta pomocy karę pieniężną do wysokości równowartości 10 000 euro.

***…………………………………… ………………………………….***

***(miejscowość, data) Czytelny podpis Kandydata***

**Zestawienia pomocy de minimis otrzymanej przez mikroprzedsiębiorcę**

**.............................................................................................................................**

(należy wpisać nazwę firmy lub przystawić pieczątkę firmową)

**w okresie od dnia ....................... do dnia ................. (wstawić datę ubiegania się o pomoc)**

Tabela powinna zawierać zestawienie pomocy de minimis otrzymanej w okresie 3 lat poprzedzających dzień złożenia wniosku przez mikroprzedsiębiorcę.

| Lp. | Organ udzielający pomocy | Podstawa prawna otrzymanej pomocy | Dzień udzielenia pomocy  (dzień-miesiąc-rok) | Nr programu pomocowego, decyzji lub umowy | Forma pomocy[[5]](#footnote-5) | Wartość pomocy brutto | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| w PLN | w EUR |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | **Razem** |  |  |

Suma wartości pomocy wliczana do pomocy *de minimis* na dzień ubiegania się o przyznanie pomocy .............................. wynosi: .............................. Euro.

Można udzielić pomoc *de minimis* do wysokości ............ Euro brutto.

..................................................... …………………………………

podpis Uczestnika projektu miejscowość i data

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. Nie posiada aktywnego i/lub zawieszonego wpisu do CEIDG w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do projektu. [↑](#footnote-ref-2)
3. Pod pojęciem członka rodziny rozumie się małżonkę/małżonka oraz osoby znajdujące się w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa linii prostej, w linii bocznej do drugiego stopnia, a także w związku z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. [↑](#footnote-ref-3)
4. Jw. [↑](#footnote-ref-4)
5. 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 [↑](#footnote-ref-5)