

# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Model franczyzy usług społecznych - opieka ze smakiem”

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie projektem pt. „Model franczyzy usług społecznych - opieka ze smakiem”. Cieszymy się, że chcą Państwo podjąć się utworzenia razem z nami innowacji społecznej - pierwszej w Polsce franczyzy społecznej, opartej na usłudze opiekuńczej uzupełnionej usługą gastronomiczną.

Uwaga! Nie ma możliwości zapisania wersji roboczej formularza, dlatego sugerujemy wcześniejsze zapoznanie się ze wzorem formularza dostępnym na stronie [www.franczyzaspoleczna.byd.pl](http://www.franczyzaspoleczna.byd.pl)

Przesłanie do nas formularza nie oznacza zakwalifikowania się do udziału w projekcie.

Zapraszamy do śledzenia strony internetowej [www.franczyzaspoleczna.byd.pl](http://www.franczyzaspoleczna.byd.pl), na której będziemy publikować najważniejsze informacje dotyczące rekrutacji.

W razie jakichkolwiek pytań, zapraszamy do kontaktu pod adresem email: [biuro@proomnis.org.pl](mailto:biuro@proomnis.org.pl)

*\*Wymagane*

## 1. Adres e-mail \*

---



## INFORMACJE

Szanowni Państwo,

Prosimy o podanie informacji, które są niezbędne do prawidłowego przeprowadzenia procesu rekrutacji do projektu „Model franczyzy usług społecznych - opieka ze smakiem”.



2. 1. NAZWA PODMIOTU \*

---

3. 2. ADRES SIEDZIBY \*

---

4. 3. TELEFON KONTAKTOWY \*

---

5. 4. NUMER KRS \*

---

**6. 5. DANE OSOBY/OSÓB UPOWAŻNIONYCH DO REPREZENTACJI ZGODNIE Z KRS \***

(imię i nazwisko, funkcja/stanowisko, telefon, e-mail)

---



---



---



---



---

**7. 6. DANE OSOBY DO KONTAKTU W RAMACH PROWADZONEJ REKRUTACJI \***

(imię i nazwisko, funkcja/stanowisko, telefon, email)

---



---



---



---



---

**8. 7. Jaką formę prawną ma reprezentowany przez Państwa podmiot ekonomii społecznej (PES)? \****Zaznacz tylko jedną odpowiedź.*

przedsiębiorstwo społeczne (PS), w tym spółdzielnia socjalna, o której mowa w ustawie z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. poz. 651, z późn. zm.)

podmiot reintegracyjny, realizujący usługi reintegracji społecznej i zawodowej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym: CIS i KIS;

podmiot reintegracyjny, realizujący usługi reintegracji społecznej i zawodowej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym: ZAZ i WTZ, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.);

organizacja pozarządowa lub podmiot, o którym mowa w art. 3 ust. 3 pkt 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. z 2016 r. poz. 1817, z późn. zm.), lub spółka non-profit, o której mowa w art. 3 ust. 3 pkt 4 tej ustawy, o ile udział sektora publicznego w tej spółce wynosi nie więcej niż 50%;

spółdzielnia, której celem jest zatrudnienie tj. spółdzielnia pracy lub spółdzielnia inwalidów i niewidomych, działające w oparciu o ustawę z dnia 16 września 1982 r. -Prawo spółdzielcze (Dz. U. z 2017 r. poz. 1560, z późn. zm.);

**9. 8. Jaka jest misja i cele działalności Państwa podmiotu? \***

Prosimy o opisanie misji i celów działania, najważniejszych z punktu widzenia Państwa organizacji.

---



---



---



---



---

**10. 9. Kiedy powstał Państwa podmiot? \***

Data wpisu do KRS

*Przykład: 15 grudnia 2012*

**11. 10. Jakie działania realizuje Państwa podmiot? \***

Prosimy o wymienienie i krótki opis Państwa kluczowych projektów i działań.

---

---

---

---

---

**12. 11. Kadra organizacji. \***

Jaką kadrą Państwo dysponujecie? Jak duży jest Państwa zespół? Na jakich stanowiskach pracują członkowie zespołu?

---

---

---

---

---

**13. 12. Dotacje na zakładanie i/lub prowadzenie przedsiębiorstwa społecznego. \***

Prosimy o informacje czy korzystali Państwo z dotacji na zakładanie i/lub prowadzenie przedsiębiorstwa społecznego? Jakiej wysokości to były środki? Kto i kiedy ich Państwu udzielił?

---

---

---

---

---

**14. 13. Czy prowadzą Państwo odpłatną działalność pożytku publicznego? \***

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak  
 Nie

**15. 14. Czy prowadzą Państwo działalność gospodarczą? \***

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak  
 Nie

**16. 15. Data rozpoczęcia prowadzenia odpłatnej działalności pożytku publicznego lub działalności gospodarczej.**

Przykład: 15 grudnia 2012

**17. 16. Jeżeli prowadzą Państwo działalność gospodarczą, to jaka to jest działalność?**

Jakie świadczą Państwo usługi? Numery PKD prowadzonej działalności gospodarczej.

---

---

---

---

---

**18. 17. Jeżeli nie prowadzą Państwo działalności gospodarczej, to czy są Państwo gotowi na rozpoczęcie działalności gospodarczej przez Państwa podmiot?**

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
- Nie
- Nie dotyczy

**19. 18. Jeżeli nie prowadzą Państwo działalności gospodarczej, to prosimy o uzasadnienie odpowiedzi na pytanie powyżej: dlaczego są/nie są Państwo gotowi na podjęcie się prowadzenia działalności gospodarczej?**

---

---

---

---

---

**20. 19. Czy mają Państwo doświadczenie w prowadzeniu działalności opiekuńczej? \***

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
- Nie

**21. 20. Jeśli tak, to jak długo i jakie jest to doświadczenie?**

---

---

---

---

---

**22. 21. Czy mają Państwo doświadczenie w prowadzeniu działalności gastronomicznej? \***

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

- Tak
- Nie

**23. 22. Jeśli tak, to jak długo i jakie jest to doświadczenie?**

---

---

---

---

---

**24. 21. Czy są Państwo zainteresowani prowadzeniem usługi opiekuńczej uzupełnionej usługą gastronomiczną w ramach franczyzy społecznej? \***

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

Tak

Nie

**25. 22. Co skłoniło Państwo do zainteresowania udziałem w projekcie i prowadzeniem usługi opiekuńczej uzupełnionej usługą gastronomiczną w ramach franczyzy społecznej? \***

---

---

---

---

---

**26. 23. Dodatkowe informacje.**

W tym miejscu można wpisać wszelkie kwestie, które są ważne z Państwa punktu widzenia, a nie było miejsca w formularzu, aby o nich napisać.

---

---

---

---

---

## OŚWIADCZENIE

---

**27. 24. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z §7 Regulaminu Rekrutacji Francyzobiorców Społecznych dostępnym na stronie [www.franczyzaspoleczna.byd.pl](http://www.franczyzaspoleczna.byd.pl) dotyczącym OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH i jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że administratorem danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym do projektu „Model franczyzy usług społecznych - opieka ze smakiem” jest Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa), a dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu zrealizowania rekrutacji, w tym komunikacji z uczestnikami projektu, a także że mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania, jak również że podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak jest warunkiem uczestnictwa w projekcie. \***

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

Tak

Nie

28. **25. Wyrażam zgodę na utrwalenie, wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku przez Fundację Pro Omnis, Wyższą Szkołę Gospodarki oraz 4ES Non Profit sp. z o.o. będącymi Organizatorem projektu pt. „Model franczyzy usług społecznych - opieka ze smakiem”, dla celów promocyjnych i informacyjnych związanych z organizacją i przeprowadzeniem rekrutacji wyżej wymienionego projektu, w szczególności poprzez wykorzystanie tego wizerunku we wszelkich materiałach, publikacjach, raportach wydawanych przez Organizatora projektu lub z jego udziałem, w tym w materiałach publikowanych na stronie internetowej Organizatora. \***

Zaznacz tylko jedną odpowiedź.

Tak

Nie

29. **Data \***

Przykład: 15 grudnia 2012

---

**Dziękujemy za wypełnienie formularza zgłoszeniowego!**

---



Fundusze Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Kopie Twoich odpowiedzi zostaną przesłane e-mailem na podany adres

---

Technologia

 Google Forms