



Projekt: „Równi w Pracy” realizowany przez Fundacja Aktywizacja Bez Granic wraz z Partnerem projektu Fundacją Niepełnosprawność Bez Barrier na podstawie umowy numer FELD.08.01-IZ.00-0007/25-00 zawartej w dniu 26.11.2025 r. z Województwem Łódzkim

FORMULARZ REKRUTACYJNY PODMIOTU

Część I Dane Projektu		
1	Organizator	Fundacja „Aktywizacja Bez Granic”
2	Partner projektu	Fundacja „Niepełnosprawność Bez Barrier”
3	Tytuł Projektu	Równi w Pracy

Część II Dane Podmiotu zgłaszającego się do udziału w projekcie	
Nazwa podmiotu (pełna nazwa zgodna z dokumentem rejestrowym)	
Forma prawna	
Numer KRS (jeśli dotyczy)	
REGON	
NIP	

Część III Dane teleadresowe siedziby Podmiotu	
Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Kod pocztowy	
Poczta	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu/lokalu	
Telefon	
E-mail przedsiębiorcy	

**Dane teleadresowe siedziby Podmiotu na terenie województwa łódzkiego***(wypełnić w przypadku, gdy główna siedziba jest na terenie innego województwa niż łódzkie)*☐ dotyczy ☐ nie dotyczy

Kraj

Województwo

Powiat

Gmina

Kod pocztowy

Pocztą

Miejscowość

Ulica

Numer domu/lokalu

Telefon

E-mail przedsiębiorcy

Część IV Dane osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania Podmiotu:

Imię i nazwisko

Stanowisko

Numer telefonu

E-mail

Część V Dane osoby do kontaktu:

Imię i nazwisko

Numer telefonu

E-mail

Część VI Liczba pracowników wstępnie zgłaszanych do udziału w projekcie*Powyższe dane mają charakter szacunkowy. Ostateczne dane uczestników projektu będą zbierane na etapie rekrutacji indywidualnej pracowników. Ostateczna liczba pracowników może się różnić w trakcie udziału Podmiotu w projekcie***Liczba pracowników
przedsiębiorstwa (ogółem)**

Ogółem: w tym: kobiet; mężczyzn

**Liczba pracowników wstępnie
zgłaszanych do udziału w
projekcie****Kadra zarządzająca**

..... kobiet; mężczyzn

Pracownicy

..... kobiet; mężczyzn



OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZAM, że:

1. Zapoznałam/em się z pełną dokumentacją projektu „Równi w Pracy” w szczególności z przyjętymi kryteriami kwalifikacji do udziału w projekcie oraz Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie i akceptuję ich zapisy, oraz oświadczam, że podmiot, który reprezentuję spełnia kryteria kwalifikacyjne.
2. Zostałam/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Zostałam/-em poinformowana/y, że niektóre formy wsparcia realizowane w ramach projektu stanowią pomoc de minimis udzielaną przedsiębiorstwu.
4. Zostałam/em poinformowana/y, iż udział w Projekcie może obejmować, zgodnie z wynikami diagnozy potrzeb oraz zasadami udziału w poszczególnych formach wsparcia, następujące formy wsparcia:
 - kompleksowa diagnoza sytuacji równościowej przedsiębiorstwa oraz opracowanie i wdrożenie planów działań prorównościowych
 - Wsparcie pracodawców i ich przedstawicieli mające na celu wsparcie we wdrażaniu rozwiązań zapewniających równość szans, przeciwdziałanie dyskryminacji i wspieranie równowagi między życiem zawodowym i prywatnym – doradztwo indywidualne
 - Wsparcie pracodawców i ich przedstawicieli mające na celu wsparcie we wdrażaniu rozwiązań zapewniających równość szans, przeciwdziałanie dyskryminacji i wspieranie równowagi między życiem zawodowym i prywatnym – szkolenia
 - śniadania równościowe poświęcone dobrym praktykom i rozwiązaniom funkcjonalnym na rynku pracy w obszarze równości i zarządzania różnorodnością z udziałem eksperta
 - doradztwo prawne dla przedsiębiorców mające na celu pomoc w budowie zgodnych z prawem, przejrzystych i skutecznych procedur, które umożliwiają wdrażanie działań prorównościowych oraz zapobieganie dyskryminacji
 - doradztwo prawne dla pracowników, których sytuacja może wskazywać na nierówne traktowanie lub brak znajomości własnych praw
 - Organizacja warsztatów i szkoleń związanych z przeciwdziałaniem dyskryminacji, budowaniem równościowego środowiska pracy oraz godzeniem życia zawodowego z prywatnym – szkolenia
 - doradztwo indywidualne dla pracowników w zakresie godzenia życia zawodowego z prywatnym
 - wsparcie psychologiczne dla pracowników w potrzebie, którzy doświadczają trudności emocjonalnych, stresu związanego z pracą lub sytuacją osobistą
5. Na zakończenie projektu odbędzie się konferencja podsumowująca projekt
6. Deklaruję uczestnictwo w ścieżce wsparcia określonej na podstawie przeprowadzonej diagnozy i ustalonego zakresu wsparcia, zgodnie z zasadami udziału w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
7. Deklaruję wolę wdrożenia w swoim przedsiębiorstwie modyfikacji/zmian w zakresie równości szans, godzenia życia zawodowego z prywatnym, dyskryminacji, zarządzania różnorodnością. Deklaruję chęć wdrożenia polityki równościowej oraz programu rozwoju zawodowego kobiet.
8. Jestem świadoma/y, iż złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
9. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
10. Wszystkie informacje zawarte w formularzu rekrutacyjnym są aktualne oraz zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
11. Oświadczam, że nie jestem powiązany z Beneficjentem projektu ani osobowo ani kapitałowo.
12. Przedsiębiorstwo nie znajduje się w stanie likwidacji, upadłości.
13. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję, nie podlega wykluczeniu z możliwości udzielenia mu pomocy de minimis na podstawie art. 1 ust. 1 Rozporządzenie Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis (Dz.U. L, 2023/2831, 15.12.2023 z późn. zm.)
14. Przedsiębiorstwo, które reprezentuję nie podlega wykluczeniu z możliwości otrzymania dofinansowania ze środków Unii Europejskiej na podstawie:
 - art. 207 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych,
 - art.12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 czerwca 2012 r. o skutkach powierzania wykonywania pracy cudzoziemcom przebywającym wbrew przepisom na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



art. 9 ust. 1 pkt 2a ustawy z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

15. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych w związku z realizacją projektu „Równi w Pracy”, stanowiącą załącznik do niniejszego Formularza rekrutacyjnego.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do reprezentowania podmiotu

Potwierdzam przyjęcie formularza zgłoszeniowego

.....
Data wpłynięcia formularza

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej formularz



Oświadczenie nr 1 dotyczące przynależności do grupy docelowej i statusu przedsiębiorstwa:

1. Oświadczam, że podmiot, który reprezentuję jest:

- ☐ mikroprzedsiębiorstwem - przedsiębiorstwem, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników w rocznych jednostkach roboczych oraz którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 mln EUR;
- ☐ małym przedsiębiorstwem - przedsiębiorstwem, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników w rocznych jednostkach roboczych oraz którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 mln EUR;
- ☐ średnim przedsiębiorstwem - przedsiębiorstwem, które zatrudnia mniej niż 250 pracowników w rocznych jednostkach roboczych oraz którego roczny obrót nie przekracza 50 mln EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 mln EUR.

Deklarowany status przedsiębiorstwa podlega weryfikacji przez Realizatora Projektu na podstawie danych dotyczących zatrudnienia oraz danych finansowych przedsiębiorstwa, z uwzględnieniem przedsiębiorstw partnerskich i powiązanych, jeżeli dotyczy. Weryfikacja obejmuje dane za okresy obrachunkowe niezbędne do ustalenia prawidłowego statusu przedsiębiorstwa, w tym uwzględnienia zasad dotyczących uzyskania lub utraty statusu MŚP.

Przedsiębiorstwo zobowiązuje się do przekazania na potrzeby weryfikacji informacji i dokumentów niezbędnych do ustalenia jego statusu MŚP.

2. Oświadczam, iż podmiot, który reprezentuję:

- ☐ nie jest przedsiębiorstwem partnerskim ani powiązany z innymi przedsiębiorstwami
- ☐ jest przedsiębiorstwem partnerskim i/lub powiązany z innymi przedsiębiorstwami (poniżej należy wskazać przedsiębiorstwa, z którymi podmiot jest powiązany lub pozostaje w relacji partnerskiej oraz charakter tych powiązań)

Lp.	Nazwa przedsiębiorstwa	NIP	Rodzaj powiązania/charakter relacji	Udział % - jeśli dotyczy

Wskazanie powiązań obejmuje przedsiębiorstwa, których dane mogą mieć wpływ na ustalenie statusu przedsiębiorstwa w sektorze MŚP.

W przypadku braku miejsca na wskazanie wszystkich przedsiębiorstw partnerskich lub powiązanych należy dołączyć dodatkową kartę zawierającą wymagane informacje.

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym oraz że wskazałem/łam wszystkie znane mi przedsiębiorstwa partnerskie i powiązane, których dane mogą mieć wpływ na ustalenie statusu przedsiębiorstwa w sektorze MŚP.

do formularza należy dołączyć aktualny wydruk z właściwego rejestru CEIDG lub KRS. Na potrzeby weryfikacji statusu MŚP przedsiębiorstwo zobowiązuje się do przekazania, na wezwanie Realizatora Projektu, informacji i dokumentów niezbędnych do ustalenia prawidłowego statusu przedsiębiorstwa, w tym danych dotyczących wymaganych okresów obrachunkowych oraz – jeżeli dotyczy – przedsiębiorstw partnerskich i powiązanych.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do reprezentowania podmiotu



Oświadczenie nr 2 dotyczące przynależności do grupy docelowej:

1. Oświadczam, że w okresie obejmującym 3 minione lata*:

☐ otrzymałem(am) środki stanowiące pomoc de minimis w wysokości:

w PLN w EURO

☐ nie otrzymałem(am) środków stanowiących pomoc de minimis

** przez „3 minione lata” należy rozumieć okres trzech lat poprzedzających dzień przyznania pomocy de minimis, liczony jako okres ruchomy, zgodnie z art. 3 ust. 2 rozporządzenia Komisji (UE) 2023/2831 z dnia 13 grudnia 2023 r. w sprawie stosowania art. 107 i 108 Traktatu o funkcjonowaniu Unii Europejskiej do pomocy de minimis.*

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do reprezentowania podmiotu