**Załącznik nr 2 do Regulaminu Funduszu Przedsiębiorczości Społecznej  
Formularz rekrutacyjny Uczestnika Projektu (kandydata do zatrudnienia)**

**Formularz rekrutacyjny   
uczestnika projektu**

**(kandydata do zatrudnienia)**

*/Wypełnia pracownik biura Projektu/*

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer ewidencyjny formularza rekrutacyjnego grupy inicjatywnej** |  |
| **Numer ewidencyjny Uczestnika Projektu** |  |
| **Nazwa Przedsiębiorstwa społecznego w którym nastąpi zatrudnienie** |  |
| **Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz:** |  |

*/*Formularz Rekrutacyjny należy wypełnić osobiście, każdy kandydat na uczestnika projektu wypełnia osobną wersję formularza/

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I** | | | | | | | | | |
| **I** | **Dane**  **osobowe** | **1** | **Imię** | |  | | | | |
| **2** | **Nazwisko** | |  | | | | |
| **3** | **PESEL** | |  | | | | |
| **4** | **Wykształcenie** | | 🞐 niższe niż podstawowe (ISCED 0)  🞐 podstawowe (ISCED 1)  🞐 gimnazjalne(ISCED 2) | | | 🞐 ponadgimnazjalne (ISCED 3)  🞐 policealne (ISCED 4)  🞐 wyższe (ISCED 5-8) | |
| **II** | **Adres zamieszkania[[1]](#endnote-1)** | **1** | **Ulica** | |  | | | | |
| **2** | **Nr domu** | |  | | | | |
| **3** | **Nr lokalu** | |  | | | | |
| **4** | **Miejscowość** | |  | | | | |
| **5** | **Kod pocztowy** | |  | | | | |
| **III** | **Dane kontaktowe Kandydata/tki**  **do projektu** | **1** | **Telefon kontaktowy** | |  | | | | |
| **2** | **Adres e-mail** | |  | | | | |
| **3** | **Adres do korespondencji** *(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)* | |  | | | | |
| **IV** | **Dane szczegółowe** | **1** | 🞐 Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  🞐 Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  🞐 Osoba z niepełnosprawnościami  🞐 Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | | | |
| **V** | **Status osoby na rynku pracy w chwili składania wniosku:** | **1** | 🞐 bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | 🞐 długotrwale bezrobotna  🞐 inne | | | |
| 🞐 bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | 🞐 długotrwale bezrobotna  🞐 inne | | | |
| 🞐 bierna zawodowo | | | 🞐 nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  🞐 ucząca się  🞐 inne | | | |
| 🞐 pracująca | | | 🞐 prowadząca działalność na własny rachunek  🞐 w administracji rządowej  🞐 w administracji samorządowej  🞐 w organizacji pozarządowej  🞐 w dużym przedsiębiorstwie  🞐 w MMŚP  🞐 inne | | | |
| Wykonywany zawód |  | | |
| zatrudniony w |  | | |
| **VI Status - czy Kandydat/tka – Warunki do objęcia wsparciem finansowym**  **Proszę zaznaczyć znakiem X w kolumnie po prawej stronie, jeśli Kandydat spełnia dany warunek** | | | | | | | | | |
| **1** | **jest osobą fizyczną[[2]](#endnote-2)** | | | | | | | | 🞏 |
| **2** | **posiada pełną zdolność do czynności prawnych[[3]](#endnote-3)** | | | | | | | | 🞏 |
| **3** | **jest osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | | | | | | | | |
| **a** | **należy do kategorii osób korzystających ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą  z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujących się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[[4]](#endnote-4)**  Do formularza należy dołączyć:   * zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub * oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) wraz z dokumentem poświadczającym spełnianie przesłanki wymienionej w art.7 ustawy o pomocy społecznej5. | | | | | | | | 🞏 |
| **b** | **jest osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym[[5]](#endnote-5)**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji. | | | | | | | | 🞏 |
| **c** | **jest osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu. | | | | | | | | 🞏 |
| **d** | **jest osobą z niepełnosprawnością**  Do formularza należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. | | | | | | | | 🞏 |
| **e** | **jest członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków tego gospodarstwa nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością**  Do formularza należy dołączyć odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia oraz oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych  z prawdą), lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację. | | | | | | | | 🞏 |
| **f** | **jest osobą niesamodzielną**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. | | | | | | | | 🞏 |
| **g** | **jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego. | | | | | | | | 🞏 |
| **h** | **osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację. | | | | | | | | 🞏 |
| **i** | **osoby korzystające z PO PŻ**  Do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający korzystanie z Programu. | | | | | | | | 🞏 |
| **4** | **jest osobą długotrwale bezrobotną tzn. spełniającą definicję osoby bezrobotnej [[6]](#endnote-6)nieprzerwanie przez:**   * **okres ponad 6 miesięcy w przypadku młodzieży (<25 lat)** * **okres ponad 12 miesięcy w przypadku dorosłych (25 lat lub więcej)**   Do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający okres bezrobocia np. zaświadczenie  o niefigurowaniu jako osoba ubezpieczona w ZUS. | | | | | | | | 🞏 |
| **5** | **jest osobą ubogą pracującą czyli osobą wykonującą pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie**  **i która jest uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na podstawie przesłanki**  **ubóstwo, tj. której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych**  **w oparciu o próg interwencji socjalnej**  Do formularza należy dołączyć dokument z ośrodka pomocy społecznej potwierdzający ww. sytuację. | | | | | | | | 🞏 |
| **6** | **jest osobą opuszczającą młodzieżowy ośrodek wychowawczy lub młodzieżowy ośrodek socjoterapii**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka wychowawczego /młodzieżowego /socjoterapii. | | | | | | | | 🞏 |
| **7** | **jest osobą opuszczającą zakład poprawczy lub schronisko dla nieletnich**  Do formularza należy dołączyć zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopia postanowienia sądu; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości. | | | | | | | | 🞏 |
| Czytelny podpis Kandydata/tki  data | | | | ……………………………………………  …………………….. | | | | | |

*Dodatkowe kryteria - punkty premiujące podczas rekrutacji.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VII Status - czy Kandydat/tka – Preferencje dotyczące Uczestników Projektu**  **Proszę zaznaczyć znakiem X w kolumnie po prawej stronie, jeśli Kandydat spełnia dany warunek** | | | |
| **1** | osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, które skorzystały z projektów w ramach Działania 11.1 SzOOP RPO WiM, a których ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia. | | 🞏 |
| Czytelny podpis Kandydata/tki  data | | ……………………………………………  …………………….. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA** | | | |
| Ja niżej podpisany/a...................................................................................................................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkały/a.............................................................................................................................................................  (adres zamieszkania)  legitymujący/a się dowodem osobistym o numerze ...................................................................................................  wydanym przez ..........................................................................................................................................................  Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 kodeksu karnego; przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 5 za składanie nierzetelnych oświadczeń dotyczących okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania wsparcia finansowego | | | |
| **OŚWIADCZAM, ŻE:**  (Proszę zaznaczyć właściwe pole w każdym z wierszy poniżej) | **TAK** | **NIE** | **Nie dotyczy** |
| 1. W okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień przystąpienia do Projektu: 2. posiadałem/am na terenie Rzeczpospolitej Polskiej zarejestrowanej działalność gospodarczej, tj. wpis do rejestru Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub miałem/am zarejestrowanej działalności na podstawie odrębnych przepisów (w tym m. in. działalność adwokacką, komorniczą lub oświatową). |  |  |  |
| 1. zawiesiłem/am prowadzenie działalności na podstawie odrębnych przepisów |  |  |  |
| 1. Uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie dotacyjnym, lub korzystam równolegle  z innych środków publicznych na pokrycie wydatków związanych z podjęciem zatrudnienia  w niniejszym Projekcie. |  |  |  |
| 1. Widnieję w Krajowym Rejestrze Długów |  |  |  |
| 1. W ciągu ostatnich 2 lat pozostawałem/am, zatrudniony na podstawie umowy o pracę  z Operatorem Wsparcia, lub łączy/ł mnie z przedstawicielami tych podmiotów (pełnomocnikami lub organami) i/lub pracownikiem jednego z tych podmiotów uczestniczącym w procesie rekrutacji  i oceny biznesplanów:  * związek małżeński, stosunek pokrewieństwa i powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do  II stopnia) i/lub * związek z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli. |  |  |  |
| 1. Zamieszkuję na terenie subregionu elbląskiego województwa warmińsko-mazurskiego  (powiaty: miasto Elbląg, elbląskiego, braniewskiego, iławskiego, ostródzkiego). |  |  |  |
| 1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych[[7]](#footnote-1), korzystam w pełni z praw publicznych oraz nie byłem/am karany/a za przestępstwa skarbowe.  * **dotyczy osób fizycznych tworzących spółdzielnię socjalną osób fizycznych** |  |  |  |
| 1. Nie zmieniłem statusu kwalifikującego do przyjęcia w Projekcie wskazanego  w deklaracji udziału w Projekcie.  * ***dotyczy osób fizycznych tworzących spółdzielnię socjalną osób fizycznych bądź osób przystępujących do istniejących spółdzielni socjalnej.*** |  |  |  |
| 1. Zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Świadczenia Usług Ośrodka Wspierania Inicjatyw Ekonomii Społecznej w Elblągu i załącznikami do tego dokumentu i akceptuję warunki. |  |  |  |
| 1. Wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. |  |  |  |
| 1. Załączam dokumenty (zaświadczenia i/lub oświadczenia) potwierdzające mój status wskazany w cz. V-VII niniejszego wniosku. |  |  |  |
| . .................................................... ...................................................................  (miejscowość, data) ( podpis kandydata/tki ) | | | |

**OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Ośrodek Wspierania Inicjatyw Ekonomii Społecznej w Elblągu” (dalej Projekt) nr Projektu RPWM.11.03.01-28-003/18-00 przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „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, 20-562 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 „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: [iod@warmia.mazury.pl](mailto:iod@warmia.mazury.pl). Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adres email: [iod@miir.gov.pl](mailto:iod@miir.gov.pl).
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 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 aktów prawnych:
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013r. 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 2013r. 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 2014r. 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. „*Ośrodek Wspierania Inicjatyw Ekonomii Społecznej w Elblągu*” 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, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
11. 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.
12. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
13. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
14. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu całkowitego rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
15. 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.
16. 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.
17. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna   
    z brakiem możliwości udziału w realizacji Projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko (czytelnie) |  |
| Podpis |  |
| Data, Miejscowość |  |

1. **Adres zamieszkania** –oznacza miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu (zgodnie z brzmieniem rozdziału II art.25 Kodeksu Cywilnego i jednocześnie art.27 Ustawy z dnia 24 września 2010 r. o ewidencji ludności/Dz. U z 2010 r. Nr 217, poz.1427, Nr 239, poz.1593/). [↑](#endnote-ref-1)
2. **Osoba fizyczna** -to osoba, która ze względu na przyznaną mu przez prawo zdolność prawną traktowany jest jako podmiot praw   
   i obowiązków. Z momentem uzyskania pełnoletności, nie będąc ubezwłasnowolnionym, człowiek uzyskuje pełną zdolność do czynności prawnych i dzięki temu może samodzielnie dokonywać czynności prawnych. [↑](#endnote-ref-2)
3. **Osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych** – osoba, która może nabywać prawa i zaciągać zobowiązania własnymi działaniami. *Spółdzielnię socjalną mogą założyć jedynie osoby posiadające pełną zdolność do czynności prawnych (art. 4. ust 1 Ustawy   
   o spółdzielniach socjalnych), natomiast członkami spółdzielni mogą również zostać osoby posiadające ograniczoną zdolność do czynności prawnych (art. 5. ust. 4. Ustawy o spółdzielniach socjalnych).* [↑](#endnote-ref-3)
4. **Przesłanki do objęcia osoby wsparciem pomocy społecznej:**

   1) ubóstwo;

   2) sieroctwa;

   3) bezdomność;

   4) bezrobocie;

   5) niepełnosprawność;

   6) długotrwała lub ciężka choroba;

   7) przemoc w rodzinie;

   7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;

   8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

   9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;

   10) (uchylony)

   11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r.   
   o cudzoziemcach;

   12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;

   13) alkoholizm lub narkomania;

   14) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa;

   15) klęska żywiołowa lub ekologiczna. [↑](#endnote-ref-4)
5. **Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym:**

   1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

   2) uzależnionych od alkoholu,

   3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,

   4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,

   5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

   6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

   7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

   8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo   
   w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. [↑](#endnote-ref-5)
6. **Osoby bezrobotne** - osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi. Taka sytuacja ma miejsce w momencie gdy np. osoba bezrobotna urodziła dziecko, niemniej w związku z tym, iż jest niezatrudniona nie pobiera   
   od pracodawcy świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego. W związku z tym, należy ją traktować jako osobę bezrobotną. [↑](#endnote-ref-6)
7. osoby nie posiadające pełnej zdolności do czynności prawnych nie mogą założyć spółdzielni socjalnej w myśl art. 4 ust. 1 Ustawy o spółdzielniach socjalnych, osoby posiadające ograniczoną zdolność do czynności prawnych mogą uzyskać członkostwo w spółdzielni socjalnej w myśl art. 5 ust. 4 Ustawy o spółdzielniach socjalnych [↑](#footnote-ref-1)