*Załącznik nr 2 do Regulaminu wsparcia finansowego OWES*

**BIZNESPLAN – tryb pełny**

na utworzenie nowych miejsc pracy

|  |  |
| --- | --- |
| **Numer biznesplanu** *(wypełnia osoba przyjmująca biznesplan)* |  |
| **Data wpływu***(wypełnia osoba przyjmująca biznesplan)* |  |
| **Nazwa przedsiębiorstwa społecznego** |  |
| **Typ biznesplanu** *(proszę postawić znak „X” we właściwej komórce)* | **[ ]** - Ścieżka A – biznesplan zakłada utworzenie nowego podmiotu, który będzie Przedsiębiorstwem Społecznym. |
|  | [ ]  - Ścieżka B – biznesplan dotyczy wsparcia: * istniejącego Przedsiębiorstwa Społecznego, lub
* Podmiotu Ekonomii Społecznej, który chce przekształcić się w Przedsiębiorstwo Społeczne
 |
| **Forma prawna przedsiębiorstwa społecznego***(proszę wstawić „X” we właściwej komórce)* | [ ]  Spółdzielnia socjalna osób prawnych[ ]  Spółdzielnia socjalna osób fizycznych[ ]  Stowarzyszenie[ ]  Fundacja[ ]  Spółka non – profit[ ]  Inna: …………………………………………………………. |

**Część I – Informacje ogólne (typ biznesplanu: A)**

**Proszę wypełnić w sytuacji, gdy na 1 stronie zaznaczono ścieżkę „A”**

|  |
| --- |
| **SEKCJA A - INFORMACJE O GRUPIE INICJATYWNEJ SKŁADAJĄCEJ BIZNESPLAN** |
|  | Liczba członków grupy inicjatywnej – założycieli przedsiębiorstwa społecznego (jeśli dotyczy): |  |
|  | Imię i nazwisko osoby wyznaczonej do kontaktu: |  |
|  | Numer telefonu osoby wyznaczonej do kontaktu: |  |
|  | Adres e-mail osoby wyznaczonej do kontaktu: |  |
|  | Adres do korespondencji: |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O PLANOWANYCH DO UTWORZENIA MIEJSCACH PRACY** |
| Proszę wskazać planowaną do utworzenia liczbę miejsc pracy w przedsiębiorstwie w ramach biznesplanu. |  |
| w tym liczba miejsc pracy planowanych do utworzenia z wykorzystaniem dotacji OWES: |  |

|  |
| --- |
| **Proszę wskazać, w jakiej formie prawnej prowadzona będzie działalność, utworzona w wyniku przyznanego wsparcia dotacyjnego:** |
| [ ]  | Działalność **gospodarcza** |
| [ ]  | **Odpłatna** działalność pożytku publicznego |
| [ ]  | **Nieodpłatna** działalność pożytku publicznego |

**Dane członków grupy inicjatywnej – założycieli przedsiębiorstwa społecznego**

*Należy wypełnić odrębnie dla każdego z założycieli przedsiębiorstwa społecznego. dodatkowo, dla każdego z założycieli, należy wypełnić kartę zgłoszeniową, której wzory stanowią załączniki do Formularza rekrutacyjnego.*

*Liczba wypełnionych tabel poniżej powinna odpowiadać liczbie członków grupy inicjatywnej, wskazanej w pytaniu 1. Jeśli liczba założycieli jest większa od 5, proszę dodać kolejne tabele. Jeśli jest mniejsza – niepotrzebne tabele można usunąć lub wykreślić.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Typ założyciela | Imię i nazwisko lub nazwa podmiotu | Adres zamieszkania lub siedziby podmiotu |
| 1 | [ ]  Osoba fizyczna[ ]  Osoba prawna (podmiot) |  |  |
| 2 | [ ]  Osoba fizyczna[ ]  Osoba prawna (podmiot) |  |  |
| 3 | [ ]  Osoba fizyczna[ ]  Osoba prawna (podmiot) |  |  |
| 4 | [ ]  Osoba fizyczna[ ]  Osoba prawna (podmiot) |  |  |
| 5 | [ ]  Osoba fizyczna[ ]  Osoba prawna (podmiot) |  |  |

**Część I – Informacje ogólne (typ biznesplanu: B)**

**Proszę wypełnić w sytuacji, gdy na 1 stronie zaznaczono ścieżkę „B”**

|  |
| --- |
| **SEKCJA B – INFORMACJE O PODMIOCIE EKONOMII SPOŁECZNEJ SKŁADAJĄCYM BIZNESPLAN**Proszę o podanie następujących danych podmiotu ekonomii społecznej: |
| 1. Pełna nazwa podmiotu ekonomii społecznej / przedsiębiorstwa społecznego |  |
| 2. Adres siedziby podmiotu ekonomii społecznej / przedsiębiorstwa społecznego |  |
| 3. Numer NIP |  |
| 4. Numer KRS |  |
| 5. Osoba uprawiona do kontaktu w sprawach dotyczących biznesplanu |  |
| 6. Telefon |  |
| 7. Adres e-mail |  |
| 8. Status przedsiębiorstwa społecznego | Czy podmiot posiada status przedsiębiorstwa społecznego, nadany zgodnie z ustawą o ekonomii społecznej?[ ]  TAK [ ]  NIEW przypadku pozytywnej odpowiedzi proszę podaćDatę decyzji Wojewody o przyznaniu statusu PS: …………………………., Nr decyzji Wojewody o przyznaniu statusu PS ………………................…  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE O PLANOWANYCH DO UTWORZENIA MIEJSCACH PRACY** |
| Proszę wskazać planowaną do utworzenia liczbę miejsc pracy w przedsiębiorstwie w ramach biznesplanu. |  |
| w tym liczba miejsc pracy planowanych do utworzenia z wykorzystaniem dotacji OWES: |  |

|  |
| --- |
| **INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE BIZNEPLANU** |
| [ ]  | 1. Biznesplan dotyczy wyłącznie pomysłu na **dalszy rozwój działalności gospodarczej lub odpłatnej działalności pożytku publicznego**, **która jest już prowadzona**.
 |
| [ ]  | 1. Biznesplan dotyczy wyłącznie pomysłu na uruchomienie działalności gospodarczej lub odpłatnej działalności pożytku publicznego **w nowym obszarze, innym niż obecnie prowadzona działalność**.
 |
| [ ]  | 1. Biznesplan dotyczy zarówno uruchomienia działalności w **nowym obszarze**, jak i **rozwoju już prowadzonej działalności.**
 |
| Proszę wskazać, w jakiej formie prowadzona będzie działalność, uruchamiana lub rozwijana w wyniku przyznanego wsparcia dotacyjnego: |
| [ ]  | Działalność **gospodarcza** |
| [ ]  | **Odpłatna** działalność pożytku publicznego |
| [ ]  | **Nieodpłatna** działalność pożytku publicznego |

|  |
| --- |
| **Czy podmiot składający Biznesplan korzystał z dofinansowania w ramach KPO?** |
| [ ]  **TAK** [ ]  **NIE** |
| Jeśli powyżej zaznaczono odpowiedź TAK, proszę zaznaczyć jedną z poniższych opcji:[ ]  na dzień składania niniejszego biznesplanu **upłynęło minimum 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia wniosku o środki w ramach KPO**, i **wsparcie w ramach KPO zostało rozliczone** przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego. *W takiej sytuacji na etapie podpisywania umowy dotacji Wnioskodawca będzie zobowiązany do przedstawienia zatwierdzonego wniosku o środki KPO oraz dokumentu potwierdzającego rozliczenie wsparcia z KPO.*lub[ ]  na dzień składania niniejszego biznesplanu **NIE upłynęło 6 miesięcy od dnia zatwierdzenia wniosku o środki w ramach KPO** lub **wsparcie w ramach KPO NIE zostało rozliczone** przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.*W takiej sytuacji Wnioskodawca będzie zobowiązany do przeprowadzenia na swój koszt audytu zewnętrznego (np. w formie raportu z opinii biegłego rewidenta) potwierdzającego brak podwójnego finansowania środków KPO i EFS+. Przedstawienie wyniku audytu jest warunkiem rozliczenia otrzymanego wsparcia w ramach EFS+.*  |

**Część II – Opis Przedsiębiorstwa Społecznego**

*Część II wypełniają wszyscy Wnioskodawcy (zarówno w ramach ścieżki A, jak i B)*

|  |
| --- |
| **POMYSŁ NA DZIAŁALNOŚĆ – OPIS PRZEDSIĘWZIĘCIA** |
| * W jakiej branży będzie działać przedsiębiorstwo społeczne? Jaki typ działalności będzie prowadzony? Wskaż kod PKD i jego krótki opis.
* Na jakim obszarze będzie prowadzona działalność przedsiębiorstwa społecznego? Lokalizacja przedsięwzięcia.
* Na czym polega pomysł na biznes przedsiębiorstwa społecznego? W opisie uwzględnij aspekt społeczny.
* Jaka jest dostępność na rynku produktów i usług potrzebnych do realizacji zaplanowanego przedsięwzięcia?
* Jak wygląda proces techniczny związany z realizacją przedsięwzięcia (czy wymaga stosowania specjalnej technologii, szczegółowych procedur, dodatkowych pozwoleń lub koncesji, etc.)?
 |
|  |

|  |
| --- |
| **OFERTA** |
| * Proszę opisać produkty/usługi/towary jakie będą oferowane
* Proszę podać w jaki sposób oferta różni się od oferty konkurencji
* Jeśli przedsięwzięcie wiąże się z zaoferowaniem nowego produktu/usługi, proszę wskazać jego zalety różnicujące go od istniejących produktów/usług.
* Czy popyt na produkt/usługę będzie ulegał sezonowym zmianom? Jeśli tak, jak będą minimalizowane skutki tej sezonowości?
 |
|  |

|  |
| --- |
| **CHARAKTERYSTYKA RYNKU I KLIENTA** |
| • Scharakteryzuj rynek, na którym prowadzona będzie planowana działalność. • Jaki typ klienta będzie najbardziej skłonny kupić produkt/usługę, oferowany przez przedsiębiorstwo społeczne?* Jakie potrzeby klienci będą dzięki temu zaspokajać?
* Kto będzie zleceniodawcą / klientem przedsiębiorstwa? Ilu jest potencjalnych klientów?
 |
|  |

|  |
| --- |
| **DZIAŁANIA PROMOCYJNE** |
| * Jaki jest plan pozyskiwania zleceniodawców / klientów (działania marketingowo – promocyjne).
* W jaki sposób przedsiębiorstwo społeczne będzie docierać z ofertą do potencjalnych klientów?
* W jaki sposób będzie odbywała się sprzedaż?
 |
|  |

|  |
| --- |
| **KLUCZOWE ZASOBY – W TYM WSPARCIE ZE STRONY INNYCH PODMIOTÓW/OSÓB** |
| * Proszę opisać posiadane zasoby w tym grunty, budynki, lokale, maszyny, urządzenia, umiejętności, uprawnienia, posiadane licencje itd.
* Proszę opisać doświadczenie i umiejętności, które posiada kadra kierownicza, wnioskodawcy, członkowie i osoby współpracujące.
* Czy planowane przedsięwzięcie charakteryzuje się konkretnymi wymaganiami dotyczącymi miejsca jej prowadzenia? Jeśli tak, proszę opisać sposób spełnienia tych wymagań.
* Proszę opisać czy i w jaki sposób inne podmioty / osoby zarówno publiczne, jak i prywatne czy społeczne, będą wspierać działalność przedsiębiorstwa społecznego. Opis może uwzględniać wsparcie techniczne, organizacyjne, kadrowe, finansowe lub inne. Opis może uwzględniać zarówno wsparcie ze strony założycieli przedsiębiorstwa społecznego (jeśli zakładają go osoby prawne) jak i ze strony innych podmiotów. Czy wsparcie to będzie mieć charakter sformalizowany (np. w formie umowy lub porozumienia)?
* Czy na etapie tworzenia przedsiębiorstwa społecznego, jego założyciele planują pozyskać dodatkowe środki lub wykorzystać mechanizm montażu finansowego? Jeśli tak, proszę podać źródło pozyskania tych środków i ich szacowaną wysokość.
 |
|  |

|  |
| --- |
| **KONKURENCJA** |
| * Proszę zidentyfikować konkurentów - podmioty, które dostarczają na rynek produkty/usługi, które zaspokajają podobne potrzeby jak produkt/usługa, oferowany przez przedsiębiorstwo społecznej. (Krótka charakterystyka, zakres działalności, kluczowe informacje, mocne i słabe strony).
* Jak będą kształtować się ceny produktów/usług przedsiębiorstwa społecznego w porównaniu do oferty konkurencji?
* Czym będzie wyróżniać się oferta przedsiębiorstwa społecznego na tle konkurencji?
* Dlaczego klient kupi produkt/usługę przedsiębiorstwa społecznego, a nie produkt/usługę konkurencji?
 |
|  |

|  |
| --- |
| **OPIS KWALIFIKACJI – NOWOUTWORZONE STANOWISKA PRACY** |
| * Proszę wskazać planowane miejsca pracy / stanowiska.
* Proszę opisać kwalifikacje i umiejętności wymagane na tych stanowiskach. Jak skomplikowane jest zdobycie tych kwalifikacji lub jak bardzo są one powszechne?
* Czy planowane jest przeszkolenie osób zatrudnianych na stanowiska pracy?
 |
|  |

|  |
| --- |
| **OSOBY AKTYWIZOWANE W PRZEDSIĘBIORSTWIE SPOŁECZNYM** |
| * Czy przedsiębiorstwo społeczne ma już wytypowane osoby, planowane do zatrudnienia. Jeśli nie, to w jaki sposób będzie odbywać się poszukiwanie pracowników? Jak będzie weryfikowana ich przydatność do pracy?
* Jaki będzie profil osób, które będą przyjmowane do pracy w przedsiębiorstwie społecznym? Proszę opisać te osoby, uwzględniając informacje takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, stan zdrowia, przyczyny wykluczenia społecznego, status na rynku pracy – proszę uwzględnić wyłącznie takie informacje, które są ważne z punktu widzenia działalności podmiotu i tworzonych miejsc pracy.
 |
|  |

|  |
| --- |
| **RYZYKO I SPOSÓB JEGO MINIMALIZOWANIA** |
| **Opis ryzyka** | **Sposób minimalizowania ryzyka** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **PRZYCHODY PRZEDSIĘBIORSTWA SPOŁECZNEGO** |
| * Co będzie podstawą przychodów przedsiębiorstwa społecznego? Proszę wskazać założenia planowanych przychodów.
* Z jakich źródeł przedsiębiorstwo społeczne planuje osiągać przychody w ramach swojej działalności.
* Należy podać założenia przyjęte na potrzeby opracowania poniższych oszacowań – m.in. kryteria ustalania poziomu cen; podstawy planowanych przychodów (proszę pamiętać, że wykazywana poniżej cena jest to cena dla pełnych pierwszych 12 miesięcy prowadzenia działalności więc jeśli planowane są w tym okresie jakiekolwiek zmiany cen, powinno podać się wartość uśrednioną, zaznaczając w opisie, jak w skali roku zmieniała się będzie dana wartość).
 |
|  |
| **Produkt/usługa** | **Jednostka miary** | **Cena jednostkowa netto (a)** | **Pierwsze 12 miesięcy działalności** |
| **Sprzedana ilość (b)** | **Przychód (a \* b)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |

|  |
| --- |
| **ORIENTACYJNY SZACUNEK NAKŁADÓW INWESTYCYJYCH** |
| * Jakie są planowane wydatki inwestycyjne, związane w uruchomieniem przedsiębiorstwa społecznego (zakup sprzętu, wyposażenia, adaptacja pomieszczeń, promocja i reklama, surowce, materiały, środki obrotowe itp.)
* Jaka jest szacunkowa wartość tych wydatków?
* Uzasadnij konieczność dokonania zakupu. Czy użytkowanie wymaga pozwoleń / uprawnień?
* Należy wskazać kryteria, na podstawie których dokonano wyboru zakupów.
 |
|  |
| **Lp.** | **Kategoria wydatku** | **Wartość wydatku w zł** |
| 1. | Opłaty urzędowe związane z uruchomieniem działalności: |  |
| 1.1 |  |  |
| 1.2 |  |  |
| 1.3 |  |  |
| 2. | Nakłady związane z lokalem: |  |
| 2.1 |  |  |
| 2.2 |  |  |
| 2.3 |  |  |
| 3. | Nakłady związane z zakupem maszyn i urządzeń: |  |
| 3.1 |  |  |
| 3.2 |  |  |
| 3.3 |  |  |
| 4. | Nakłady związane z zakupem surowców, towarów, materiałów: |  |
| 4.1 |  |  |
| 4.2 |  |  |
| 4.3 |  |  |
| 5. | Inne koszty: |  |
| 5.1 |  |  |
| 5.2 |  |  |
| 5.3 |  |  |
| **Razem (1 + 2 + 3 + 4 + 5):** |  |

|  |
| --- |
| **PROGNOZA EKONOMICZNA DZIAŁALNOŚCI PRZEDSIĘBIORSTWA** |
| **KATEGORIA** | **Przez pierwsze 12 m-cy** | **Prognoza na kolejny rok** |
| **miesięcznie** | **x 12** | **miesięcznie** | **x 12** |
| **A. Przychody** |  |
| 1. Przychody ze sprzedaży |  |  |  |  |
| 2. Inne przychody (jakie?) |  |  |  |  |
| **RAZEM PRZYCHODY** |  |  |  |  |
| **B. Koszty** |  |
| 1. Koszty zakupu towarów/surowców |  |  |  |  |
| 2. Wynagrodzenia pracowników |  |  |  |  |
| 3. Narzuty na wynagrodzenia |  |  |  |  |
| 4. Amortyzacja środków trwałych |  |  |  |  |
| 5. Czynsz dzierżawy |  |  |  |  |
| 6. Koszt transportu |  |  |  |  |
| 7. Koszt opakowań |  |  |  |  |
| 8. Energia elektryczna |  |  |  |  |
| 9. Woda, c.o., gaz |  |  |  |  |
| 10. Zużycie materiałów i przedmiotów nietrwałych |  |  |  |  |
| 11. Usługi obce |  |  |  |  |
| 12. Podatek lokalny |  |  |  |  |
| 13. Inne podatki |  |  |  |  |
| 14. Własne ubezpieczenia |  |  |  |  |
| 15. Inne koszty ……………………..(jakie?) |  |  |  |  |
| **RAZEM KOSZTY** |  |  |  |  |
| **ZYSK BRUTTO (A-B)** |  |  |  |  |
| **C. Podatek dochodowy** |  |  |  |  |
| **WYNIK EKONOMICZNY** **(A-B-C)** |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Proszę opisać założenia przyjęte na opracowanie powyższych wyliczeń w odniesieniu do kosztów.** |
|  |

|  |
| --- |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** |
| **Informacja o spełnieniu przez Wnioskodawcę kryteriów premiujących, obowiązujących w ramach naboru** |

|  |
| --- |
| **Kryterium premiujące 1: ZASADA ZRÓWNOWAŻONEGO ROZWOJU oraz ZASADA NIE CZYŃ POWAŻNYCH SZKÓD**[Planowane przedsięwzięcie nie może być w konflikcie z interesami ochrony środowiska i ładu przestrzennego, równowagi przyrodniczej i przestrzennej, premiowane są przedsięwzięcia uwzględniające zachowanie różnorodności biologicznej, zrównoważonego użytkowania zasobów przyrody, przywrócenia i utrwalenia ładu przestrzennego, ochrony obszarów cennych przyrodniczo, ich integralności i spójności. Premiowane przedsięwzięcia zawierające działania na rzecz zmiany postaw i upowszechniania ekologicznych praktyk, np. proces produkcji prowadzący do poprawy środowiska, szkolenia dla pracowników, podejmowanie akcji ekologicznych w ramach wolontariatu pracowniczego, itp.][ ]  TAK [ ]  NIE |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi pozytywnej, proszę opisać, w jaki sposób kryterium będzie spełnione: |
| Opis: |

|  |
| --- |
| **Kryterium premiujące 2: ZASADA RÓWNOŚCI KOBIET i MĘŻCZYZN, RÓWNOŚCI SZANS I NIEDYSKRYMINACJI, KONWENCJI O PRAWACH OzN i ZASADA ANTYDYSKRYMINACJI**[Premiowane jest tworzenie miejsc pracy dla kobiet oraz działania na rzecz godzenia życia zawodowego z prywatnym, np. elastyczne godziny pracy, praca zdalna, organizowanie opieki nad dziećmi, itp. oraz utworzenie miejsc pracy dla osób z niepełnosprawnościami, w szczególności kobiet z niepełnosprawnością, a także zawierające działania na rzecz dostępności cyfrowej, architektonicznej, informacyjno- komunikacyjnej i przedsięwzięcia wspierające działania antydyskryminacyjne, np. edukacja pracowników, miejsca pracy dla osób dyskryminowanych, itp.][ ]  TAK [ ]  NIE |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi pozytywnej, proszę opisać, w jaki sposób biznesplan spełnia to kryterium: |
| Opis: |

|  |
| --- |
| **Kryterium premiujące 3: …**[ ]  TAK [ ]  NIE |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi pozytywnej, proszę opisać, w jaki sposób biznesplan spełnia to kryterium: |
| Opis: |

|  |
| --- |
| **Kryterium premiujące 4: …**[ ]  TAK [ ]  NIE |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi pozytywnej, proszę opisać, w jaki sposób biznesplan spełnia to kryterium: |
| Opis: |

|  |
| --- |
| **Kryterium premiujące 5: …**[ ]  TAK [ ]  NIE |
| W przypadku zaznaczenia odpowiedzi pozytywnej, proszę opisać, w jaki sposób biznesplan spełnia to kryterium: |
| Opis: |

**Część III Oświadczenia i podpisy – dotyczy - A –**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Numer WnioskodawcyZałożycielaprzedsiębiorstwa społecznego (zgodnie z danymi z części I) | Podpis Wnioskodawcy/ówlub osoby/osób upoważnionych do reprezentowania Wnioskodawcy | Pieczęć Wnioskodawcy(Osoby prawne) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Część III Oświadczenia i podpisy – dotyczy - B -**

**……………………………………. ………………………………………**

*(Podpis Wnioskodawcy/ów)*  *(pieczęć podmiotu)*

**ZAŁĄCZNIKI DO BIZNESPLANU**

(wykreślić, jeśli nie dotyczy):

1. Kserokopia ostatniego zatwierdzonego sprawozdania finansowego [bilans, rachunek zysków i strat za ostatni zamknięty rok obrotowy] – dotyczy wyłączne Biznesplanów składanych w ramach ścieżki B i tylko wtedy, jeśli Wnioskodawca posiada zatwierdzone sprawozdanie finansowe i nie jest ono dostępne w systemie e-krs..
2. Formularz zgłoszeniowy podmiotu - dotyczy wyłącznie Biznesplanów składanych w ramach ścieżki B [jeśli nie był dotychczas złożony]
3. Pełnomocnictwo [jeśli dotyczy]