

Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
„GWARANCJĄ SUKCESU AKTYWNOŚĆ”**

<b>ORGANIZATOR PROJEKTU – RPLU.11.01.00-06-0060/19</b>	
<b>OŚRODEK POMOCY SPOŁECZNEJ W ŁASZCZOWIE, UL.CHOPINA 14, 22-650 ŁASZCZÓW</b>	
<b>DANE OSOBOWE</b>	
Imię lub imiona:	
Nazwisko:	
Data urodzenia:	
Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
Numer ewidencyjny PESEL:	
Miejsce urodzenia:	
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA</b>	
Ulica:	
Nr domu:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Miejscowość:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Wypełnia Organizator Obszar według stopnia urbanizacji DEGURBA:	<input type="checkbox"/> obszary słabo zaludnione (wiejskie) <input type="checkbox"/> tereny pośrednie (miasta, przedmieścia) <input type="checkbox"/> tereny gęsto zaludnione (miasta, obszary miejskie)
Numer telefonu:	

Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

<b>Adres e-mail:</b>	
<b>NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ</b>	
<p><b>1. Posiadam status osoby z niepełnosprawnością, jeśli tak proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu</b> (należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia ze wskazaniem stopnia niepełnosprawności): Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</p>	
<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>Odmowa podania informacji*</b>	
<input type="checkbox"/> <b>NIE</b>	
<p><b>Rodzaj niepełnosprawności:</b></p> <p><input type="checkbox"/> osoba niewidoma lub słabowidząca</p> <p><input type="checkbox"/> osoba niesłysząca lub słabosłysząca</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z uszkodzeniem narządu ruchu</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z epilepsją</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ze schorzeniem psychicznym</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością intelektualną</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z orzeczeniem z ogólnego stanu zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> inne rodzaje niepełnosprawności (<i>nie wymienione powyżej</i>): .....</p>	
*informujemy, że odmowa podania informacji uniemożliwia udział w projekcie	
<b>SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
<p>Proszę o wskazanie jakie ma Pan/i specjalne potrzeby ? np.: przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych/ specjalne wyżywienie/ alternatywne formy materiałów szkoleniowych?</p>	
<b>STATUS NA RYNKU PRACY</b>	
<p><b>2. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy</b> (należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy)</p> <p>Za osobę bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy rozumie się osobę, pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, która jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy. Profil pomocy oznacza właściwy ze względu na potrzeby bezrobotnego zakres form pomocy określonych w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.</p>	
<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	
<input type="checkbox"/> <b>nie</b>	
<p><b>W tym osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy</b></p> <p>Osoba długotrwale bezrobotna to - w przypadku dorosłych (25 lat lub więcej) –osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (&gt;12 miesięcy). Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.</p>	
<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	
<input type="checkbox"/> <b>nie</b>	
<p><b>3. Jestem osobą bierną zawodowo</b></p> <p>Za osobę bierną zawodowo rozumie się osobę, która w danej chwili nie tworzy zasobów sił roboczych (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).</p>	
<input type="checkbox"/> <b>tak</b>	
<input type="checkbox"/> <b>nie</b>	



Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

**4. Jestem osobą prowadzącą gospodarstwo rolne (rolnik lub domownik) opłacającą KRUS**

- tak  
 nie

#### WYKSZTAŁCENIE

**5. Proszę wybrać poziom wykształcenia, jaki Pan/i posiada:**

- brak (brak formalnego wykształcenia)  
 podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  
 gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  
 ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe)  
 policealne/pomaturalne  
 wyższe licencjackie  
 wyższe magisterskie  
 wyższe doktoranckie

#### SYTUACJA SPOŁECZNA

**6. Jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej**

- tak  odmowa podania informacji  
 nie

**7. Jestem osobą bezdomną lub jestem dotknięta/-y wykluczeniem z dostępu do mieszkań**

- tak  
 nie

**8. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**

- tak  odmowa podania informacji  
 nie

**9. Jestem osobą wykluczoną (w tym dotkniętą ubóstwem) lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**

- tak  
 nie

w tym należą do kategorii osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w rozumieniu Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 –2020

- tak  
 nie

**10. Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020**

- tak  
 nie

#### DODATKOWE INFORMACJE

**11. Prosimy o wskazanie w celach informacyjnych rodzaju kursu zawodowego, którego ukończeniem byłby/aby Pan/Pani zainteresowany?**

.....

Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

## OŚWIADCZENIA I ZGODY

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że: (należy zaznaczyć  )

Zapoznałam/em się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu „Gwarancją sukcesu aktywność” i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.

Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.

Zostałam/am poinformowany/a że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zostałam/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.

Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi projektu w ciągu 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie danych dotyczących statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzielo lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenie z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające założenie działalności, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.

Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „Gwarancją sukcesu aktywność”.

Mam świadomość, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

Oświadczam, że spełniam warunki dla grupy docelowej niniejszego projektu określone w Regulaminie projektu.

Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Data .....

Czytelny podpis.....

Podpis opiekuna prawnego/jeśli dotyczy<sup>1</sup>.....

<sup>1</sup> W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę niepełnoletnią lub ubezwłasnowolnioną sądownie, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna.