



Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Kompleksowy program aktywizacji społeczno-zawodowej 50 mieszkańców woj. mazowieckiego zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ze względu na niepełnosprawność”

Nr formularza zgłoszeniowego: (wypełnia Realizator Projektu)

DANE PERSONALNE				
IMIĘ (IMIONA)			PŁEĆ	
NAZWISKO				
DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA		
PESEL				
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo			
	Powiat		Gmina	
	Miejscowość			
	Ulica			
	Nr domu		Nr lokalu	
	Kod pocztowy			
	Obszar miejski		Obszar wiejski	
TELEFON KONTAKTOWY				
ADRES E-MAIL				
WYKSZTAŁCENIE		Brak		
		Podstawowe		
		Gimnazjalne		
		Ponadgimnazjalne	średnie <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/>	
		Pomaturalne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)		
		Wyższe (studia ukończone)		



Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

AKTUALNY STATUS KANDYDATA/KI		
Osoba z niepełnosprawnościami ¹ (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności ² (proszę wpisać grupę)		
Osoba bierna zawodowo ³	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym ⁴ bez osób pracujących (Gospodarstwo domowe, w którym żaden z domowników nie pracuje. Wszyscy członkowie gosp. domowego są bezrobotni albo bierni zawodowo).	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej - jeśli tak, proszę wpisać w jakiej:	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUP DOCELOWYCH:		
Osoba korzystająca z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną ⁵	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba należąca do społeczności romskiej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba doświadczająca wykluczenia ze względu na:		
Ubóstwo	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

¹ Osoby z niepełnosprawnościami - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).

² Uwaga: Nie przedłożenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności wraz z Formularzem Zgłoszeniowym, jest równoznaczne z odstąpieniem od kandydowania do udziału w Projekcie

³ Osoba, która nie pracuje i jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za biernie zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.

⁴ Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem i wspólnie prowadząca dom.

⁵ Osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności



Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Sieroctwo	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Bezdomność	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Długotrwałą lub ciężką chorobę	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Doświadczanie przemocy w rodzinie	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Potrzebę ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Status uchodźcy	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Trudności w przystosowaniu się do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Alkoholizm lub narkomanię	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Zdarzenie losowe i sytuację kryzysową	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Klęskę żywiołową lub ekologiczną	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Przebywanie w pieczy zastępczej / opuszczanie pieczy zastępczej lub przebywanie w rodzinie przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Przebywanie w rodzinie z dzieckiem z niepełnosprawnością, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Niesamodzielność	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

DANE DO UMOWY

Seria i numer dowodu osobistego:	
Dowód osobisty wystawiony przez:	
Adres Urzędu Skarbowego:	
Numer konta bankowego:	- - - - -



Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIA

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Kompleksowy program aktywizacji społeczno-zawodowej 50 mieszkańców woj. mazowieckiego zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym ze względu na niepełnosprawność”.
2. Zapoznałam/em się z zasadami udziału w w/w Projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* zgodnie z jego wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki *Regulaminu*.
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
5. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu.
6. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Realizatorowi Projektu informacji na temat mojej sytuacji zawodowej i statusu na rynku pracy, w ciągu do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie, w formie zaświadczenia z PUP o statusie osoby poszukującej pracy/bezrobotnej lub oświadczenia o pozostawaniu bez pracy oraz gotowości do jej podjęcia i jej aktywnym poszukiwaniu (wzór oświadczenia udostępnia Realizator Projektu).
7. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Realizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/cywilnoprawnej lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: wpis do CEIDG/KRS, potwierdzenie opłacania składek ZUS i podatków za trzy pełne miesiące, w nieprzekraczalnym terminie do trzech miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
8. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby Projektu.
9. Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis osoby zgłaszającej się do Projektu