

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Włącz się do życia, czyli integrowanie poprzez działanie”

DANE PERSONALNE			
IMIĘ (IMIONA)			PŁEĆ
NAZWISKO			WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
DATA URODZENIA			
PESEL			MIEJSCE URODZENIA
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo		
	Powiat		Gmina
	Miejscowość		
	Ulica		
	Nr domu		Nr lokalu
	Kod pocztowy		
	Obszar miejski	TAK <input type="checkbox"/>	Obszar wiejski
TELEFON KONTAKTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY do kogoś bliskiego/ rodziny (kontakt awaryjny)			
ADRES E-MAIL			
WYKSZTAŁCENIE właściwe należy zaznaczyć „X”	niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia)		
	podstawowe (ukończone kształcenie na poziomie szkoły podstawowej)		
	gimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)		
	ponadgimnazjalne (ukończone kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)		
	policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym, np. ukończona szkoła policealna)		
	wyższe (ukończone studia wyższe)		
SPECJALNE POTRZEBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI jeżeli dotyczy- należy zaznaczyć „X”	Tłumacz języka migowego		
	Duży tekst		
	Asystent osoby niepełnosprawnej		
	Winda		
	Inne (proszę wpisać)		

STATUS KANDYDATKI/ KANDYDATA/KI NA RYNKU PRACY			
(należy zaznaczyć TYLKO JEDEN z poniższych statusów na rynku pracy, który określa Pani/Pana sytuację)			
OSOBA BIERNA ZAWODOWO ¹ (w załączeniu zaświadczenie z ZUS)	TAK <input type="checkbox"/>		
OSOBA BEZROBOTNA, w tym:			
Bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy (w załączeniu zaświadczenie z UP)	TAK <input type="checkbox"/>		
Niezarejestrowana w Urzędzie pracy ² (w załączeniu zaświadczenie z ZUS)	TAK <input type="checkbox"/>		
AKTUALNY STATUS KANDYDATA/KI			
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) - wpisać w jakiej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA
Osoba z niepełnosprawnościami ³ (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA
Stopień niepełnosprawności (lekki/ umiarkowany/ znaczny)			
PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUP PREFEROWANYCH:			
Osoba korzystająca z POPŻ	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba bez pracy powyżej 12 miesięcy	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Osoba zamieszkująca na obszarach objętych programem rewitalizacji	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	
Oświadczam że jestem osobą doświadczającą wykluczenia ze względu na:			
Ubóstwo	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>
Bezrobocie	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>
Sieroctwo	Tak <input type="checkbox"/>		Nie <input type="checkbox"/>

¹ 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 bierne zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.

² Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia.

³ Osoby z niepełnosprawnościami - w rozumieniu ust. 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 ust. z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).



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"/>
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;	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"/>

.....,

Miejscowość Data

.....

czytelny podpis Kandydatki/-a do udziału w projekcie

DANE DO UMOWY SZKOLENIOWEJ/ STAŻOWEJ	
Seria i numer dowodu osobistego:	
Dowód osobisty wystawiony przez:	
Adres Urzędu Skarbowego:	
Numer konta bankowego:	- - - - - -
Narodowy Fundusz Zdrowia, pod który podlegasz	



Czy posiadasz prawo do renty	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	<p>Oświadczam, iż mam ustalone prawo do: renty z tytułu niezdolności do pracy <input type="checkbox"/> renty rodzinnej <input type="checkbox"/> a) nr renty, to: b) okres na jaki jest renta przyznana, to: od do</p>
Czy posiadasz ustalone prawo do emerytury	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
	<p>a) nr emerytury, to: b) data jej przyznania, to:</p>
Osoba/ osoby zgłaszane do ubezpieczenia	<p>Imię i nazwisko: Pesel i data urodzenia: Stopień pokrewieństwa:</p>

O wszelkich zmianach w zakresie moich danych oraz treści oświadczeń złożonych powyżej, niezwłocznie poinformuję Realizatora Projektu poprzez przesłanie stosownego pisma do jego siedziby lub informację pisemną przesłaną na adres biuro@kontraktor.biz.pl

.....,
Miejscowość Data czytelny podpis Kandydatki/-a do udziału w projekcie

OŚWIADCZENIA

- Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Włącz się do życia, czyli integrowanie poprzez działanie”.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.**
- W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu.
- Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 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 rozporz. o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016 r., str. 1), zwanego „RODO”).
- Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- Zobowiązuję się do przekazania Realizatorowi Projektu informacji na temat mojej sytuacji, w ciągu do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie, w formie potwierdzenia uzyskania kwalifikacji/kompetencji, zaświadczenia z PUP o statusie osoby poszukującej pracy/bezrobotnej lub oświadczenia o pozostawaniu bez pracy oraz gotowości do jej podjęcia i jej aktywnym poszukiwaniu.



8. Zobowiązuję się do 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 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.
9. Zobowiązuję się do rejestracji w PUP i dostarczenie zaświadczenia lub oświadczenia o byciu osobą poszukująca pracy - w przypadku nie podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie.
10. W związku z przystąpieniem do projektu, WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY* na wykorzystanie mojego wizerunku przez Kontraktor Sp. z o.o. (Lidera Projektu). Wyrażenie zgody jest jednoznaczne w szczególności z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonywane podczas zajęć czy innych form wsparcia w ramach projektu mogą zostać okazane instytucjom kontrolującym realizację projektu. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Kontraktor Sp. z o.o., z tytułu wykorzystania mojego wizerunku/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.
11. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby Projektu.
12. Pouczony(a) o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań (art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny – Dz.U. nr 88, poz.553 z 1997r. ze zmianami) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.
13. Zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego poinformowania Beneficjenta o każdej zmianie wyżej uzupełnionych danych osobowych, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.
14. Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „Włącz się do życia, czyli integrowanie poprzez działanie” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i otrzymałam/ am dla siebie jeden egzemplarz Regulaminu oraz w pełni akceptuję jego zapisy i z własnej inicjatywy wyrażam zgodę na uczestnictwo w niniejszym projekcie.

*niepotrzebne skreślić

.....
czytelny podpis Kandydatki/-a do udziału w projekcie

Załączniki:

- 1) Orzeczenie o niepełnosprawności TAK NIE
- 2) Załącznik nr 1 – Oświadczenie uczestnika projektu TAK NIE
- 3) Inne -

Potwierdzam przyjęcie formularza zgłoszeniowego, została dokonana weryfikacja daty urodzenia na podstawie okazanego przez Kandydata dokumentu tożsamości.

.....
Data wpływu formularza

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej formularz



OŚWIADCZENIE OSOBY BEZROBOTNEJ NIEZAREJESTROWANEJ W URZĘDZIE PRACY

Ja niżej podpisany/a.....

zamieszkały/a.....

świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że na dzień składania dokumentów rekrutacyjnych do projektu *Włącz się do życia, czyli integrowanie poprzez działanie* jestem osobą bezrobotną* od dnia i nie jestem zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.

* osoba bezrobotna - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia

.....
czytelny podpis Kandydatki/-a do udziału w projekcie