

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

**DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA**

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		wykształcenie średnie <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/>	
	pomaturalne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)			
	wyższe (studia ukończone)			
<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY</b>				
<b>OSOBA BIERNĄ ZAWODOWO</b> <i>Osoba, która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni<sup>1</sup></i>		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
<b>AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA</b>				
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"/>

<sup>1</sup> 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.

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym <sup>2</sup> bez osób pracujących <i>(Gospodarstwo domowe, w którym żaden człowiek nie pracuje. Wszyscy członkowie gosp. domowego są bezrobotni albo bierni zawodowo).</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <i>(Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.)</i>	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 (inne niż wymienione powyżej) - <i>wpisać w jakiej</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>3</sup> <i>(osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)</i>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba korzystająca z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>Stopień niepełnosprawności</b> <i>(proszę wpisać grupę)</i>		
Czy zamierza Pan/Pani starać się o zwrot kosztów dojazdu?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>DANE DO UMOWY</b>		
SERIA i NR dowodu osobistego:		
Urząd Skarbowy (nr, adres)		
NR KONTA BANKOWEGO		

<sup>2</sup> Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem i wspólnie prowadząca dom.

<sup>3</sup> 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).

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

<b>OŚWIADCZENIA</b>		
<b>Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, iż:</b>		
<b>JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO</b> , osoba, która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni <sup>iii4</sup>	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>MÓJ STAN ZDROWIA POZWALA NA PODJĘCIE PRACY</b> (nie posiadam orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy).	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
<b>oraz OŚWIADCZAM, iż doświadczam wykluczenia społecznego z uwagi na następujące przesłanki <sup>5</sup></b>		
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	<b>Tak</b> <input checked="" type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
UBÓSTWO	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
SIEROCTWO	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
BEZDOMNOŚĆ	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
DŁUGOTWAŁA LUB CIĘŻKA CHOROBA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
DOŚWIADCZANIE PRZEMOCY W RODZINIE	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POTRZEBA OCHRONY OFIAR HANDLU LUDŹMI	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
WIELODZIETNOŚĆ	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
BEZRADNOŚĆ w sprawach w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenie 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 NARKOMANIA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
ZDARZENIE LOSOWE I SYTUACJA KRYZYSOWA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
KLĘSKA ŻYWIOŁOWA LUB EKOLOGICZNA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Wiarygodność zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

....., dnia .....

Miejscowość

.....

czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

<sup>4</sup> Osoby będąc 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.

<sup>5</sup> Art. 7 Ustawy o Pomocy Społecznej z dnia 23.03.2004r. Dz.U.2016.0.930



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

## OŚWIADCZENIA

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie "Kompleksowy program integracji społeczno-zawodowej na rzecz niepełnosprawnych mieszkańców województwa lubuskiego"
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. Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji szkolenia (zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926, ze zm.).
7. Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
8. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenie z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie.
9. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii opinii psychologa lub pracownika socjalnego, zaświadczenia o rejestracji w PUP, zaświadczenia o udziale w KIS, kopii programu zatrudnienia socjalnego w CIS, zaświadczenia o podjęciu nauki lub aktywności w formie wolontariatu do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
10. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu
11. Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.

....., dnia .....

Miejscowość

.....  
czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu