



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU			
Potwierdzenie złożenia formularza zgłoszeniowego (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej formularz zgłoszeniowy	
Oświadczam, że poniższe dane dotyczące wieku Kandydata/ki są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości. Podpis osoby weryfikującej:.....			
DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA			
IMIĘ (IMIONA)		PŁEĆ	
NAZWISKO		WIEK	
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)		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY			
OSOBA BIERNIA ZAWODOWO (w załączeniu zaświadczenie z ZUS) <i>Osoba, która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni¹,</i>		TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

¹ 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

JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY² - należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy. To osoba, która należy do I lub II profilu pomocy tzw. bezrobotni aktywni lub tzw. wymagający wsparcia w rozumieniu art. 33 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
W TYM OSOBĄ DŁUGOTRWALE BEZROBOTNĄ - osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY (w załączeniu zaświadczenie z ZUS)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA		
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 bez doświadczenia zawodowego	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba korzystająca z pomocy społecznej (w załączeniu zaświadczenie z pomocy społecznej)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami ² (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności (proszę wpisać stopień)		
Specjalne potrzeby ze względu na niepełnosprawność (proszę wpisać jakie)		
Osoba, która brała udział we wsparciu realizowanym w ramach działań 7.1, 7.2 w formach takich jak kontrakt socjalny, program integracji społecznej i zawodowej osób niepełnosprawnych	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 ³	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

² 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).

³ Osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności

„Czas na integrację-od dziś stawiam na przyszłość!”

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba doświadczająca wykluczenia ze względu na:		
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"/>
Bezrobocie	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"/>
DANE DO UMOWY		
SERIA i NR dowodu osobistego:		
Urząd Skarbowy (nr, adres)		
NR KONTA BANKOWEGO		

„Czas na integrację–od dziś stawiam na przyszłość!”



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

OŚWIADCZENIE

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, iż:

MÓJ STAN ZDROWIA POZWALA NA PODJĘCIE PRACY (nie posiadam orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy).

Tak

Nie

Wiarygodność zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem

....., dnia

Miejscowość

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

OŚWIADCZENIA

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Czas na integrację-od dziś stawiam na przyszłość!”
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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady Unii Europejskiej 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE).
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- w przypadku podjęcia pracy- przekazania do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie Realizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzieło lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenia z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące.
9. Zobowiązuję się w terminie 7 dni do przedstawienia informacji o otrzymaniu zwrotnych lub bezzwrotnych środków na podjęcie działalności gospodarczej w innych projektach współfinansowanych z EFS, w przypadku ich otrzymania.
10. Zobowiązuję się do rejestracji w PUP i dostarczenie zaświadczenia potwierdzającego wywiązanie się z tego zobowiązania - w przypadku nie podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie.
11. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających wzrost efektywności społecznej po zakończeniu udziału w projekcie - do 3 m-cy od zakończenia udziału w projekcie.
12. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu.
13. 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.

....., dnia

Miejscowość

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

„Czas na integrację-od dziś stawiam na przyszłość!”