



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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Od dziś aktywnie przełamuję bariery! – program integracji społeczno-zawodowej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”

DANE PERSONALNE			
IMIĘ (IMIONA)			PŁEĆ
NAZWISKO			Wiek w chwili przystąpienia do udziału w projekcie
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 Podlaskiego na lata 2014-2020

AKTUALNY STATUS KANDYDATA/KI		
Osoba z niepełnosprawnościami ¹ (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności ² (proszę wpisać grupę)		
Osoba bierna zawodowo ³	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do jej otrzymania z powodu bezrobocia	Tak <input 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 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, z niepełnosprawnością sprzężoną, zaburzeniami psychicznymi (w tym z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba zamieszkująca gminy, na terenie których odsetek osób korzystający ze świadczeń pomocy społecznej z tytułu bezrobocia jest wyższy niż średnia w województwie podlaskim (miejskie: Augustów, M. Białystok, Bielsk Podlaski, Grajewo, Kolno, M. Łomża, Sejny, Siemiatycze, Wysokie Mazowieckie, Zambrów; wiejskie: Bargłów Kościelny, Sztabin, Gródek, Rudka, Białowieża, Czerecha, Narew, Narewka, Mały Płock, Krypno, Puńsk, Grodzisk, Milejczyce, Nurzec-Stacja, Kuźnica, Szudziałowo, Rutki, Zambrów; miejsko-wiejskie: Łapy, Supraśl, Wasilków, Rajgród, Goniądz, Knyszyn, Mońki, Dąbrowa Białostocka, Krynki, Sokółka, Ciechanowiec)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba bez doświadczenia zawodowego	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba posiadające staż pracy poniżej 1 roku	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 bierne zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.



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

Osoba posiadająca staż pracy od 1 do 5 lat	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba doświadczająca 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"/>
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"/>

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 Podlaskiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIA

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Od dziś aktywnie przełamuję bariery! – program integracji społeczno-zawodowej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”.
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 wnosil/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu.
6. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania Realizatorowi Projektu informacji na temat mojej sytuacji społecznej, 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