

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Aktywizacja społeczno-zawodowa niepełnosprawnych mieszkańców województwa pomorskiego zagrożonych zjawiskiem wykluczenia społecznego i ubóstwa”

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			
DATA 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	

Lider:

Partnerzy:



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	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 BIERNA ZAWODOWO <i>Osoba, która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni¹</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
OSOBA BEZROBOTNA, w tym:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zarejestrowana w Urzędzie Pracy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA

wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji

Osoba z niepełnosprawnościami ² (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Stopień niepełnosprawności (proszę wpisać grupę lub stopień)	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba bez doświadczenia zawodowego	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 doświadczająca wykluczenia społecznego ze względu na:	
Ubóstwo	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Sieroctwo	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.

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).

Lider:

Partnerzy:



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Bezdomność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Bezrobocie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Niepełnosprawność	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Długotrwała lub ciężka choroba	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Przemoc w rodzinie	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Bezradność w sprawach opiekuńczo- wychowawczych i prowadzenie gospodarstwa domowego zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczpospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 przesłanki obligatoryjnego udzielania zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną 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 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"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) - wpisać w jakiej.....	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Numer konta bankowego:			-																								
------------------------	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Czy zamierza Pan/Pani ubiegać się o zwrot kosztów dojazdu?	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
W przypadku pogorszenia stanu zdrowia / wypadku przy pracy podczas udziału w projekcie proszę o poinformowanie następującej osoby/ osób:	
imię i nazwisko:	

Lider:



Partnerzy:



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

adres:	
telefon kontaktowy:	

Wiarygodność zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia

Miejscowość

.....

czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

OŚWIADCZENIA

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Aktywizacja społeczno-zawodowa niepełnosprawnych mieszkańców województwa pomorskiego zagrożonych zjawiskiem wykluczenia społecznego i ubóstwa”.
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. 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/zlecenie/dzieło 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 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
9. Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna w przypadku niepodjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie oraz obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu zaświadczenie o rejestracji w powiatowym urzędzie pracy (PUP), zaświadczenie o udziale w Klubie Integracji Społecznej (KIS), kopii indywidualnego programu zatrudnienia socjalnego realizowanego w Centrum Integracji Społecznej (CIS) w przypadku dokonania rejestracji w/w instytucjach do 4 tygodni 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

Załączniki:

1. Oświadczenie o posiadającym stopniu niepełnosprawności

Lider:



Partnerzy:

