*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie**

**„ZMIANA NA LEPSZE”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** | **1.** | | **Imię** | |  | | | | |
| **2.** | | **Nazwisko** | |  | | | | |
| **3.** | | **Płeć** | | □ Kobieta □ Mężczyzna | | | | |
| **4.** | | **Pesel** | |  | | | | □ Brak |
| **Dane teleadresowe uczestnika** | **5.** | | **Województwo** | |  | | | | |
| **6.** | | **Powiat** | |  | | | | |
| **7.** | | **Gmina** | |  | | | | |
| **8.** | | **Miejscowość** | |  | | | | |
| **9.** | | **Ulica** | |  | | | | |
| **10.** | | **Numer budynku** | |  | | | | |
| **11.** | | **Numer lokalu** | |  | | | | |
| **12.** | | **Kod pocztowy** | |  | | | | |
| **13.** | | **Telefon kontaktowy** | |  | | | | |
| **14.** | | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** | |  | | | | |
| **Pozostałe informacje dotyczące uczestnika** | **15.** | | **Wykształcenie** | | □ Niższe niż podstawowe (ISCED 0)  □ Podstawowe (ISCED 1)  □ Gimnazjalne (ISCED 2)  □ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)  □ Policealne (ISCED 4)  □ Wyższe (ISCED 5-8) | | | | |
| **16.** | | **Jestem osobą należąco do mniejszości narodowej lub etnicznej lub migrantem, osobą obcego pochodzenie** | | □ Tak  □ Nie  □ Odmawiam odpowiedzi | | | | |
| **17.** | | **Jestem osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkania** | | □ Tak  □ Nie | | | | |
|  | **18.** | | **Przebywam w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** | | □ Tak\*  □ Nie  \*jeśli tak, to czy w gospodarstwie domowy  z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:  □ Tak □ Nie | | | | |
|  | **19.** | | **Żyje w gospodarstwie składającym się z jednej dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | | □ Tak  □ Nie | | | | |
|  | **20.** | | **Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** (innej niż wymienione powyżej np. byłem/am więźniem, narkomanem, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, zamieszkuje obszary wiejskie) | | □ Tak (jakiej?)………………………………..  □ Nie  □ Odmawiam odpowiedzi | | | | |
| **Niepełnosprawność** | | □ TAK □ NIE □ Odmawiam odpowiedzi | | Stopień niepełnosprawności □ lekki  □ umiarkowany  □ znaczny  □ nie dotyczy | | | | Rodzaj niepełnosprawności  □ sprzężona  □ intelektualna  □ zaburzenia psychiczne  □ inna  □ nie dotyczy | |
| **Status osoby na rynku pracy** | | □ osoba bezrobotna | | □ osoba bierna zawodowo | | | | □ osoba pracująca w zawodzie:  ………………………………  w firmie:  ……………………………… | |
| W tym: □ osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy  □ osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | W tym:  □ osoba ucząca się lub kształcąca się □ inne  □ osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu | | | | W tym pracująca w:  □ administracji rządowej □ administracji samorządowej  □ inne  □ MMŚP  □ organizacja pozarządowa  □ Na własny rachunek  □ dużym przedsiębiorstwie | |
| W tym:  □ długotrwale bezrobotnych: □ inne | |  | | | |  | |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ:** | | | | | | | | | |
|  | | Osoba lub rodzina korzystająca/e ze świadczeń zg. Z ustawą z dnia 12 marca 2004r o pomoc społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające, co najmniej jedna z przesłanek określonych w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej. | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:  □ Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej  □ Oświadczenie uczestnika | |
| Osoby, o których mowa w atr.1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca  2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, dołączono jedno  z wymienionych:  □ Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej  □ Oświadczenie uczestnika | |
| Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo wychowawczych,  o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, dołączono jedno  z wymienionych:  □ Zaświadczenie z właściwej instytucji  □ Oświadczenie uczestnika | |
| Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile, co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, dołączono jedno  z wymienionych:  □ Odpowiednie orzeczenie  □ Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka  ORAZ:  □ Oświadczenie uczestnika | |
| Osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004  r. o promocji zatrudnienia  i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);` | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, dołączono jedno  z wymienionych:  □ Zaświadczenie z Urzędu Pracy | |
|  | | Osoba niesamodzielna ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia. | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, dołączono jedno  z wymienionych:  □ Zaświadczenie od lekarza  □ Odpowiednie orzeczenie  □ Inny dokument potwierdzający stan zdrowia  □ Oświadczenie uczestnika | |
|  | | Osoba korzystająca z Programu  Operacyjnego Pomoc  Żywnościowa 2014-2020. | | | | □ TAK  □ NIE | | Jeśli TAK, dołączono:  □ Zaświadczenie | |
| **Informacje dotyczące ograniczeń w przypadku osób niepełnosprawnych** | | | | | | | | | |
| **Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające  z niepełnosprawności?**  *(wypełnia osoba niepełnosprawna)* | | | | | | | □ TAK\*  □ NIE | | |
| \* jeśli TAK, proszę podać jakie | | | |  | | | | | |
| **Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające  z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział  w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?** | | | |  | | | | | |
| **SKĄD DOWIEDZIAŁAM/łEM SIĘ**  **O PROJEKCIE?** | | | | **□** Od pracownika biura projektu | | | | | |
| **□** Z plakatów i ulotek | | | | | |
| **□** Ze strony Internetowej projektu | | | | | |
| **□** Z profilu projektu na Facebook | | | | | |
| **□** Z portali ogłoszeniowych | | | | | |
| **□** Od rodziny/znajomych | | | | | |
| **□** Z innego źródła, jakiego ……………………………………….. | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE** | | | | | | | | | |
| **Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń**  **niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, iż:**  - zgłaszam chęć udziału w projekcie **„Zmiana na lepsze”**współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej  w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego 2014-2020 w ramach IX. Osi Priorytetowej:  Włączenie społeczne, Działanie IX.1. Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,  Poddziałanie IX.1.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym projekty konkursowe realizowanym przez Stowarzyszenie PROREW;  - zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki Regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zmianach danych zawartych w kwestionariuszu zgłoszeniowym (dane kandydata, dane kontaktowe, status);  - zostałem/łam poinformowany, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego;  - nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności;  - zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia lub innej niekorzystnej sytuacji, w której się znajduję;  - wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail),  - wyrażam zgodę na odbycie szkolenia w innym miejscu niż moje miejsce zamieszkania,  - zostałem/-am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.  - zostałem/am poinformowany/a o obowiązku dostarczenia Beneficjentowi dokumentów potwierdzających zatrudnienie  (kopia umowy o pracę, kopia umowy cywilno-prawnej, zaświadczenie z zakłady pracy o zatrudnieniu, wpis do CEIDG lub KRS oraz dokument potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres min. 3m-cy, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie;  - zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj.  status na rynku pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie;  - zostałe/am poinformowany/a o obowiązku rejestracji w urzędzie pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie  w przypadku, kiedy nie podejmę zatrudnienia;  - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym przez Beneficjenta  na etapie rekrutacji,  - wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe | | | | | | | | | |
| **Miejscowość i data** | | | | | **Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki** | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| **Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki (jeśli dotyczy):** | | | | | | | | | |
| □ Zaświadczenie OPS o korzystaniu ze świadczeń pomocy społecznej.  □ Zaświadczenie z urzędu pracy ze wskazanym poziomem profilu (dotyczy osób bezrobotnych zarejestrowanych w urzędzie pracy).  □ Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (dotyczy osób  z niepełnosprawnościami).  □ Zaświadczenie o korzystaniu z pomocy Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.  □ Oświadczenie Kandydata/Kandydatki o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. | | | | | | | | | |