*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 domowyz 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 czerwca2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; | □ TAK□ NIE | Jeśli TAK, dołączono jednoz 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 jednoz 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 jednoz wymienionych:□ Odpowiednie orzeczenie□ Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dzieckaORAZ:□ Oświadczenie uczestnika |
| Osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. 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 jednoz wymienionych:□ Zaświadczenie od lekarza□ Odpowiednie orzeczenie□ Inny dokument potwierdzający stan zdrowia□ Oświadczenie uczestnika |
|  | Osoba korzystająca z ProgramuOperacyjnego PomocŻywnościowa 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 Europejskiejw 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 projekciew przypadku, kiedy nie podejmę zatrudnienia;- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym przez Beneficjentana 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. |