



Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
do udziału w projekcie pn. „**W DOBRĄ STRONĘ 2**”  
nr projektu: **RPMP.09.01.02-12-0231/17**

<b>Dane podstawowe</b>	<b>1.</b>	<b>Imię</b>		
	<b>2.</b>	<b>Nazwisko</b>		
	<b>3.</b>	<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	wiek.....
			<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
	<b>4.</b>	<b>Pesel</b>		<input type="checkbox"/> Brak
<b>Dane teleadresowe uczestnika</b>	<b>5.</b>	<b>Województwo</b>		
	<b>6.</b>	<b>Powiat</b>		
	<b>7.</b>	<b>Gmina</b>		
	<b>8.</b>	<b>Miejscowość</b>		
	<b>9.</b>	<b>Ulica</b>		
	<b>10.</b>	<b>Numer budynku</b>		
	<b>11.</b>	<b>Numer lokalu</b>		
	<b>12.</b>	<b>Kod pocztowy</b>		
	<b>13.</b>	<b>Telefon kontaktowy</b>		
	<b>14.</b>	<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>		
<b>Pozostałe informacje dotyczące uczestnika</b>	<b>15.</b>	<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	
	<b>16.</b>	<b>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej lub migrantem, osobą obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	

	17.	Jestem osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	18.	Przebywam w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> Tak* <input type="checkbox"/> Nie *jeśli tak, to czy w gospodarstwie domowy z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	19.	Żyje w gospodarstwie składającym się z jednej dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	20.	Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej np. byłem/am więźniem, narkomanem, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, zamieszkuje obszary wiejskie)	<input type="checkbox"/> Tak (jakiej?)..... <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi	
<b>Niepelnosprawność</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi		Stopień niepełnosprawności	Rodzaj niepełnosprawności
			<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie dotyczy	<input type="checkbox"/> sprzężona <input type="checkbox"/> intelektualna <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>Status osoby na rynku pracy</b>	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w zawodzie: ..... w firmie: .....

	<p>W tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <p><input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p>	<p>W tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca się w kształceniu lub szkoleniu</p>	<p>W tym pracująca w:</p> <p><input type="checkbox"/> administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa</p> <p><input type="checkbox"/> na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie</p>
	<p>W tym:</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotnych:</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>		

**PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ:**

	<p>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.</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika</p>
	<p>Osoby, o których mowa w art.1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika</p>
	<p>Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:</p> <p><input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji</p>

	pełnieniu funkcji opiekunów wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka ORAZ: <input type="checkbox"/> 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.);`	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z Urzędu Pracy
	Osoba niesamodzielna ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od lekarza <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono: <input type="checkbox"/> Zaświadczenie
<b>Informacje dotyczące ograniczeń w przypadku osób niepełnosprawnych</b>			
Czy posiada Pan/Pani bariery/problemy wynikające z niepełnosprawności? (wypełnia osoba niepełnosprawna)		<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE	
* jeśli TAK, proszę podać jakie			

<p><b>Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?</b></p>	
<p><b>SKĄD DOWIEDZIAŁAM/IEM SIĘ O PROJEKCIE?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Od pracownika biura projektu</p> <p><input type="checkbox"/> Z plakatów i ulotek</p> <p><input type="checkbox"/> Ze strony Internetowej projektu</p> <p><input type="checkbox"/> Z profilu projektu na Facebook</p> <p><input type="checkbox"/> Z portali ogłoszeniowych</p> <p><input type="checkbox"/> Od rodziny/znajomych</p> <p><input type="checkbox"/> Z innego źródła, jakiego .....</p>
<p><b>OŚWIADCZENIE</b></p>	
<p>Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- zgłaszam chęć udziału w projekcie „ W DOBRĄ STRONĘ 2” współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014- 2020, Oś 9 Region spójny społecznie, Działanie 9.1 Aktywna integracja, Poddziałania 9.1.2 Aktywna integracja – projekty konkursowe, Typ projektu A - kompleksowe programy na rzecz aktywizacji społecznej i zawodowej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia. realizowanym przez Stowarzyszenie PROREW;</li> <li>- 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);</li> <li>- zostałem/łam poinformowany, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego;</li> <li>- nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności;</li> <li>-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;</li> <li>- wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail),</li> <li>- wyrażam zgodę na odbycie szkolenia w innym miejscu niż moje miejsce zamieszkania,</li> <li>- zostałem/-am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z</li> </ul>	

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 zakładu pracy o zatrudnieniu, wpis do CEIDG lub KRS oraz dokument potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej przez okres min. 3 m-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;
- zostałem/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,
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) oraz karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym

**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 (załącznik nr 1a)