*Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY   
 do udziału w projekcie IMPULS DO DZIAŁANIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane podstawowe** | **1.** | **Imię** | |  | | | | | | | |
| **2.** | **Nazwisko** | |  | | | | | | | |
| **3.** | **Płeć** | | □ Kobieta □ Mężczyzna | | | | | | | |
| **4.** | **Pesel** | | ˾˾˾˾˾˾˾˾˾˾˽ | | | | | | □ Brak | |
| **5.** | **Data urodzenia** | |  | | | **6.** **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** | | | |  |
| **Dane teleadresowe uczestnika** | **7.** | **Województwo** | |  | | | | | | | |
| **8.** | **Powiat** | |  | | | | | | | |
| **9.** | **Gmina** | |  | | | | | | | |
| **10.** | **Miejscowość** | |  | | | | | | | |
| **11.** | **Ulica** | |  | | | | | | | |
| **12.** | **Numer budynku** | |  | | | | | | | |
| **13.** | **Numer lokalu** | |  | | | | | | | |
| **14.** | **Kod pocztowy** | |  | | | | | | | |
| **15.** | **Telefon kontaktowy** | |  | | | | | | | |
| **16.** | **Adres poczty elektronicznej**  **(e-mail)** | |  | | | | | | | |
| **Pozostałe informacje dotyczące uczestnika** | **17.** | **Wykształcenie** | | □ brak (ISCED 0)  □ Podstawowe (ISCED 1)  □ Gimnazjalne (ISCED 2)  □ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)  □ Policealne (ISCED 4)  □ Wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | | |
| **18.** | **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej, etnicznej lub migrantem, osobą obcego pochodzenie** | | □ Tak  □ Nie  □ Odmawiam odpowiedzi | | | | | | | |
| **19.** | **Jestem osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkania** | | □ Tak  □ Nie  □ Odmawiam odpowiedzi | | | | | | | |
|  | **20.** | **Jestem w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej, np. byłem/-am więźniem, narkomanem, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, zamieszkuję 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 | | | |
| **\*Wymagana kopia orzeczenia/dokumentu poświadczającego stan zdrowia** | | | | | | | | | | | |
| **Status osoby na rynku pracy** | | | □ osoba bezrobotna | | □ osoba bierna zawodowo | | | | | | |
| W tym:  □ osoba zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (wymagane zaświadczenie) □ osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | W tym:  □ osoba ucząca się lub kształcąca się  □ inne  □ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | | | |
| W tym:  □ długotrwale bezrobotna  □ inne | |
| **Korzystanie z pomocy Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa**  ***Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń ze wskazaniem pomocy prawnej udzielanej pomocy – nie dotyczy osób bezdomnych*** | | | | | | | | | □ TAK  □ NIE | | |
| **OŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM** | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą wykluczoną lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | | | | | | | | | □ TAK  □ NIE | | |
| Jestem osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (art. 7 ustawy)  (art. 7: Przesłanki udzielania pomocy społecznej: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, 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 przesłanki obligatoryjnego udzielenia 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, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm lub narkomania, zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa, klęska żywiołowa lub ekologiczna).  ***Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń ze wskazaniem pomocy prawnej udzielanej pomocy*** | | | | | | | | | □ TAK  □ NIE | | |
| Jestem osobą nie korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (art. 7 ustawy), ale kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w ww art. ustawy | | | | | | | | | □ TAK  □ NIE | | |
| **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 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 **„Impuls do działania”**współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 w ramach Osi Priorytetowej 09 – IX Włączenie społeczne, Działanie 01-IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie 01-IX.1.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;  - zapoznałem/-am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i udziału w projekcie 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 zakładu pracy o zatrudnieniu, wpis do CEIDG lub KRS oraz dokument potwierdzający fakt prowadzenia działalności gospodarczej), 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;  - 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. | | | | | | | | | | | |
| **KLAUZULA INFORMACYJNA** | | | | | | | | | | | |
| Zgodnie z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (potocznie nazywana „RODO”) Stowarzyszenie PROREW informuje, że:  **Administratorem Pani/Pana danych osobowych są:** o Zarząd Województwa Łódzkiego dla zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020,  o Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego dla zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.  **Podmiotami przetwarzającymi Pani/Pana dane są:**  2.1. Instytucja Pośrednicząca - Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź  2.2. Instytucja Zarządzająca - Zarząd Województwa Łódzkiego, Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź, | | | | | | | | | | | |
| 2.3. Minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa, 2.4. Beneficjent realizujący Projekt – Stowarzyszenie PROREW, ul. Kasztanowa 12/15, 25- 555 Kielce,  2.5. Podmioty, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu: ………………………………………………………… Pani/Pana dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Administratora, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.  **Inspektor ochrony danych osobowych:**  Administratorzy oraz podmioty przetwarzające wyznaczyli inspektorów ochrony danych, z którymi może się Pani/Pan kontaktować się w sprawach związanych z ochroną danych osobowych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: o w zakresie zbioru danych osobowych i kategorii osób, których dane dotyczą przetwarzanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020: iod@lodzkie.pl o w zakresie zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”: iod@miir.gov.pl oraz na adres poczty Inspektora ochrony danych u Lidera projektu: od@stowarzyszenieprorew.pl   * **Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą zgodnie z prawem i spełniając warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.** * **Celem przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest:**   Realizacja projektu „Impuls do działania”, a w szczególności w celach aktualnej i przyszłych rekrutacji.  **Okres przetwarzania danych:**  Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014 -2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.   * **Przysługuje Pani/Panu prawo:** o dostępu do Pani/Pana danych osobowych,  o sprostowania Pani/Pana danych osobowych,  o usunięcia Pani/Pana danych osobowych,  o ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. * Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. * Pani/Pana dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji oraz profilowania. * Przysługuje Pani/ Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, czyli do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych. * **Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w aktualnej i przyszłej rekrutacji w ramach Projektu.** | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość i data** | | | | | | **Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki** | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | |
| Załączniki: | | | | | |  Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej   Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy   Orzeczenie potwierdzające stopień niepełnosprawności (ksero)  Oświadczenia:   o przynależności do grupy docelowej   o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej wg BAEL   o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym   o sytuacji dochodowej   o korzystaniu z PO PŻ   o kwalifikowaniu się do objęcia wsparciem pomocy społecznej   o wyrażeniu zgody do przekazywania środków finansowych za pośrednictwem przelewów bankowych   Deklaracja uczestnictwa | | | | | |

*Załącznik Nr 2 do Regulaminu projektu Impuls do działania*

**Oświadczenie Kandydata/Kandydatki o przynależności do grupy docelowej   
w projekcie „Impuls do działania”**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych   
z prawdą, niniejszym oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym   
i prawnym:

Przynależę do następujących grup\*:

 Kobieta

 Mężczyzna

 Posiadam status osoby zagrożonej ubóstwem/wykluczeniem społecznym

 Zamieszkuję na obszarze województwa łódzkiego wg Kodeksu Cywilnego

 Jestem osobą bierną zawodowo

 Jestem osobą bezrobotną

 Jestem osobą powyżej 18 roku życia

………………………………. ...……………………………

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

\*zaznaczyć właściwe

*Załącznik nr 3 do Regulaminu projektu Impuls do działania*

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI**

**o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej wg BAEL**

Oświadczam, iż jestem osobą:

- niesprofilowaną korzystającą z pomocy społecznej

- bezrobotną w rozumieniu BAEL i jestem zagrożona wykluczeniem społecznym

- bierną zawodowo - która znalazła pracę, ale czeka na jej rozpoczęcie (do 3 miesięcy) i jednocześnie deklaruje chęć jej podjęcia.

………………….……………………

podpis Kandydata/Kandydatki

*Załącznik nr 4 do Regulaminu projektu Impuls do działania*

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI**

**o posiadaniu statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym   
w projekcie „IMPULS DO DZIAŁANIA”**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym\*:

□ osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń   
z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną   
z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej;

□ osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

□ osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

□ osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji   
i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. 2018 poz. 969);

□ osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 2018 poz. 1457);

□ osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy   
z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2018 r. poz. 511 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz.ustawy   
z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 2018 poz. 1878);

□ członkiem 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;

□ osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia;

□ osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

□ osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020   
(PO PŻ).

……………………………………… …………………………………………

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/ Kandydatki

\* właściwe zaznaczyć

Z*ałącznik Nr 5 do Regulaminu projektu Impuls do działania*

**OŚWIADCZENIE O SYTUACJI DOCHODOWEJ**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………..





…………………………….…. ……..……….……………….

Miejscowość , data Podpis Uczestnika Projektu

Z*ałącznik Nr 6 do Regulaminu projektu Impuls do działania*

**OŚWIADCZENIE**

**O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014 - 2020**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia, nie powiela działań, które otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

……………………………………… …………................................................

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

*Załącznik Nr 7 do Regulaminu projektu Impuls do działania*

**Oświadczenie**

**o kwalifikowaniu się do objęcia wsparciem pomocy społecznej**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że jestem osobą lub członkiem rodziny kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r.   
o pomocy społecznej:

 ubóstwo;

 sieroctwo;

 bezdomność;

 bezrobocie;

 niepełnosprawność;

 długotrwała lub ciężka choroba;

 przemoc w rodzinie;

 potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;

 potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;

 bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;

 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; trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;

 alkoholizm lub narkomania;

 zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa;

 klęska żywiołowa lub ekologiczna.

……………………………………… …………………………………………

*Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/ Kandydatki*

*Załącznik Nr 8 do Regulaminu projektu Impuls do działania*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE Impuls do działania**

Ja, niżej podpisany/a ……………….......………………………………………….……………………………………..

imię i nazwisko Uczestnika/czki Projektu

deklaruję chęć uczestniczenia w projekcie pn. „Impuls do działania” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 realizowanym w ramach Osi Priorytetowej 09 – IX Włączenie społeczne, Działanie 01-IX.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, Poddziałanie 01-IX.1.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, realizowanym przez Stowarzyszenie PROREW.

Jednocześnie pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie określone w Regulaminie projektu Impuls do działania oraz zobowiązuję się do:

• systematycznego uczęszczania i czynnego udziału we wszystkich formach wsparcia (indywidualnych spotkaniach z psychologiem i doradcą zawodowym w celu dokonania diagnozy potrzeb wraz   
z opracowaniem Indywidualnej Ścieżki Reintegracji, treningach kompetencji społecznych, indywidualnym poradnictwie prawnym i obywatelskim, indywidualnym poradnictwie psychologicznym, szkoleniu zawodowym, indywidualnym pośrednictwie pracy oraz trzymiesięcznym stażu zawodowym\* lub zatrudnieniu subsydiowanym\*),

• przedkładania Stowarzyszeniu PROREW wszelkich informacji i dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu,

• dostarczenia Stowarzyszeniu PROREW dokumentów potwierdzających podjęcie pracy na min. 3 miesiące, tj. zaświadczenie o zatrudnieniu, kopia umowy o pracę, kopia umowy cywilnoprawnej lub potwierdzających założenie działalności gospodarczej w ciągu 3 miesięcy od końca udziału w projekcie, tj. dowód opłacenia składek ZUS, wyciąg z CEIDG/KRS, zaświadczenie z zakładu 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,

• dostarczenia Stowarzyszeniu PROREW zaświadczenia/oświadczenia np. o podjęciu nauki/wolontariatu/rejestracji w urzędzie pracy, zaświadczenia od lekarza/psychologa/terapeuty zarówno w przypadku przerwania udziału jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie,

• dostarczenia Stowarzyszeniu PROREW dokumentów niezbędnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. kopie certyfikatów, dyplomów, wyników egzaminów, zaświadczeń o uzyskaniu kwalifikacji wydanych przez organ uprawniony, oświadczenia/zaświadczenia z urzędu pracy potwierdzającego fakt poszukiwania pracy, kopie umów o pracę, umów cywilnoprawnych, zaświadczenia z zakładu pracy/ZUS/US, wpis do CEIDG/KRS (w przypadku osób pracujących na własny rachunek) do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego postanowienia, w tym warunki uczestnictwa w projekcie.

…………………………………………. ……..………………………………………………………

miejscowość, data czytelny podpis Uczestnika/-czki Projektu

\* zgodnie z założeniami IŚR