Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do projektu ***„Ku Lepszej Przyszłości !” nr RPSL.*** ***09.01.05-24-002G/20-003***

realizowanego **w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,** OŚ PRIORYTETOWA IX *Włączenie społeczne,* DZIAŁANIE 9.1 *Aktywna integracja,* PODDZIAŁANIE 9.1.5 *Programy aktywnej integracji osób i grup zagrożonych wykluczeniem*

*społecznym – konkurs*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beneficjent** | | **Rudzka Agencja Rozwoju „Inwestor” sp. z o.o.** |
| Czas trwania projektu | | **01.01.2020 – 31.12.2022** |
| **Uzupełnia osoba przyjmująca dokument** | | |
| **Numer** | …/KLP/ 20… | …………………………………………………….……..…………………..  data i godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU** | | | | | | | | | |
| **Dane podstawowe** | | | | | | | | | |
| 1. Imię |  | | | | | | | | |
| 2. Nazwisko |  | | | | | | | | |
| 3. Płeć (zaznaczyć **x**) | 🞏 Kobieta | | | 🞏 Mężczyzna | | | | | |
| 4. Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | | | | | |
| 5. PESEL |  | | | | | | | | |
| 6. Kraj |  | | | | | | | | |
| 6. Wykształcenie (zaznaczyć **x**) | 🞏 brak | | 🞏 podstawowe | | | | 🞏 gimnazjalne | | | |
| 🞏 ponadgimnazjalne**[[1]](#footnote-1)** | | 🞏 policealne | | | | 🞏 wyższe | | | |
| **Dane kontaktowe:** | | | | | | | | | |
| 1. Województwo |  | | | | | | | | |
| 2. Powiat |  | | | | | | | | |
| 3. Gmina |  | | | | | | | | |
| 4. Miejscowość |  | | | | | | | | |
| 5. Ulica**[[2]](#footnote-2)** |  | | | | | | | | |
| 6. Numer budynku/lokalu |  | | | | | | | | |
| 7. Kod pocztowy |  | | | | | | | | |
| 8. Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | |
| 9. Adres e-mail |  | | | | | | | | |
| **Dane dotyczące statusu Kandydata/Kandydatki** | | | | | | | | | |
| **Należy zaznaczyć właściwe pole w każdym z wierszu poniżej** | | | | | **🞏 TAK** | | | | **🞏 NIE** |
| 1. **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**   (należy dołączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/zaświadczenie z innej jednostki potwierdzające statut Kandydatki/Kandydata jako osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym) | | | | | 🞏 TAK | | | | 🞏 NIE |
| 1. **Jestem osobą:**   🞏  **bezrobotną zarejestrowaną w PUP**  🞏 **w tym długotrwale bezrobotną (pozostającą bez pracy nieprzerwalnie od ponad 12 miesięcy)** (należy dołączyć zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy) | | | | | 🞏 TAK | | | | 🞏 NIE |
| 1. **Jestem osobą:**   🞏  **bezrobotną niezarejestrowaną w PUP**  🞏 **w tym długotrwale bezrobotną (pozostającą bez pracy nieprzerwalnie od ponad 12 miesięcy)** (należy dołączyć informację z ZUS o przebiegu ubezpieczeń społecznych) | | | | | 🞏 TAK | | | | 🞏 NIE |
| 1. **Jestem osobą z niepełnosprawnością**   (jeśli TAK, to należy dołączyć uwierzytelnioną przez Kandydata/Kandydatkę kopię orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia wydanego przez właściwy organ ).    **Jeśli TAK, to proszę o wskazanie indywidualnych barier, by Projektodawca mógł dostosować określone formy wsparcia do potrzeb uczestnika. Można odmówić udzielenia odpowiedzi.** | | | | | 🞏 TAK | | | | 🞏 NIE |
|  | | | | | | | | | |
| **Dane dodatkowe** (zaznaczyć odpowiednio **x**): | | | | | | | | | |
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | 🞏 TAK | 🞏 NIE | | | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | 🞏 TAK | | | | 🞏 NIE | | |
| 3. Osoba z niepełnosprawnościami | | | | 🞏 TAK | | 🞏 NIE | | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| 4.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | 🞏 TAK | 🞏 NIE | | | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | |
| 1. Przynależność do jednej z grup priorytetowych | | ☐ osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  **UWAGA!** Wymagane będzie przedłożenie kopii zaświadczenia o stopniu niepełnosprawności  ☐ osoby lub rodziny korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)  ☐ osoby, rodziny lub środowiska zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z realizacją programów rewitalizacji, o których mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 | | | | | | | | |
| ☐ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z poniższych przesłanek.  **UWAGA! PROSZĘ ZAKREŚLIC WŁAŚCIWE**:   1. ubóstwo; 2. sieroctwo; 3. bezdomność; 4. bezrobocie; 5. niepełnosprawność; 6. długotrwała lub ciężka choroba; 7. przemoc w rodzinie; 8. potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 9. potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 10. bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 11. 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; 12. trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13. alkoholizm lub narkomania; 14. zdarzenia losowe i sytuacje kryzysowe; 15. ofiary klęski żywiołowej lub ekologicznej. 16. osoby przebywające w pieczy zastępczej[[3]](#footnote-3) 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 (tekst jednolity: Dz. U. 2019 poz. 1111)**;** 17. członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; 18. osoby niesamodzielne; | | | | | | | | |
| **Informacje dotyczące uczestnictwa w projekcie** | | | | | | | | | | |
| Należy wskazać motywy do podjęcia uczestnictwa projekcie, aktualną sytuację społeczno-zawodową, potrzeby oraz jakie możliwości da Kandydatowi/Kandydatce uczestnictwo w projekcie (max 1/2 strona) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Ja niżej podpisany/a...........................................................................................................................................................................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkały/a.....................................................................................................................................................................................................................  (adres zamieszkania)  legitymujący/a się dowodem osobistym ..........................................................................................................................................................................  wydanym przez .................................................................................................................................................................................................................  **pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** |
| ***W wierszach poniżej należy skreślić niewłaściwą odpowiedź*** |
| 1. Oświadczam, że **jestem / nie jestem**\* osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
| 1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie i akceptuję jego warunki. |
| 1. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. |
| 1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji do projektu oraz monitoringu i ewaluacji projektu. |
| …………………………………………… ……………………………………………  (miejscowość, data) (podpis Kandydata/ki) |

*\* niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości

……………………………………….

(data i podpis pracownika)

1. **Wykształcenie ponadgimnazjalne** – liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **braku ulicy** wpisać miejscowość. [↑](#footnote-ref-2)
3. w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej [↑](#footnote-ref-3)