



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do udziału w projekcie „AKTYWNI – KOMPETENTNI – SAMODZIELNI” realizowanym w ramach 9 Osi Priorytetowej Region Spójny Społecznie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020. Realizowany na podstawie umowy zawartej przez Projektodawcę z Instytucją Zarządzającą, nr umowy RPMO.09.01.02-12-0175/16-00 z dnia 16.12.2016 r.

UZUPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ	
Data przyjęcia formularza	
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz	

Wszystkie pola muszą być wypełnione.

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza, najlepiej **DRUKOWANYMI LITERAMI**

DANE OSOBOWE KANDYDATA				
Poniższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości				
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO				
PESEL				
DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA		
MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE OSOBOWE	WOJEWÓDZTWO			
	POWIAT		GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
	ULICA			
	NR BUDYNKU		NR LOKALU	
	TELEFON		OBSZAR ZAMIESZKANIA	<input type="checkbox"/> MIEJSKI <input type="checkbox"/> WIEJSKI
	ADRES E-MAIL			
	WIEK		PŁEĆ	



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (Proszę zaznaczyć znakiem „x” poprawną odpowiedź)	
Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnościami ¹ (proszę zaznaczyć „x”)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Jaki Pan/Pani posiada stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „x”)	<input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Czy ma Pan/Pani doświadczenie kryzysu psychicznego/zaburzeń psychicznych? (proszę zaznaczyć „x”)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY (w chwili przystąpienia do udziału w projekcie) (proszę zaznaczyć znakiem ‘x’ poprawną odpowiedź)	
Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną? (proszę zaznaczyć „x”)	<input type="checkbox"/> zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (Profil pomocy ² : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III) <input type="checkbox"/> niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy
	W tym: <input type="checkbox"/> bezrobotną do roku <input type="checkbox"/> bezrobotną powyżej 1 roku <input type="checkbox"/> bezrobotną powyżej 2 lat
Czy jest Pan/Pani osobą bierną zawodowo ³ ? (proszę zaznaczyć „x”)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

¹ **Za osoby niepełnosprawne** uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2011 nr 127 poz. 721), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2011 nr 231, poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

² **Profil pomocy I** – dla osób aktywnych, gotowych od razu do podjęcia zatrudnienia. **Profil pomocy II** – dla osób wymagających intensywnego wsparcia ze strony urzędu w celu znalezienia zatrudnienia. **Profil pomocy III** – dla osób oddalonych od rynku pracy, wymagających szczególnego wsparcia ze strony urzędu i innych instytucji rynku pracy

³ **Osoba bierna zawodowo** – osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, nie jest zarejestrowana (y) w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy)



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKIE CD. (Proszę zaznaczyć znakiem „x” poprawną odpowiedź)	
Czy korzysta Pan/Pani z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa? (bezpłatne artykuły spożywcze, posiłki) ⁴	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Czy korzysta Pan/Pani ze świadczeń pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Czy jest Pan/Pani osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego? ⁵	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Proszę zaznaczyć przedział Pana/Pani miesięcznego dochodu:	W przypadku osoby samotnie gospodarującej: <input type="checkbox"/> Poniżej 634 zł <input type="checkbox"/> Powyżej 634 zł <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
	W przypadku rodzin, dochód na jednego członka wynosi: <input type="checkbox"/> Poniżej 514 zł <input type="checkbox"/> Powyżej 514 zł <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Czy jest Pan/Pani osobą, która, w okresie poprzedzającym złożenie dokumentów rekrutacyjnych bądź w chwili obecnej korzysta/ła ze wsparcia udzielanego przez Fundację Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK to z jakiej formy pomocy?

⁴ **Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** – osoba, która na dzień składania dokumentów rekrutacyjnych, co najmniej raz skorzystała z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.

⁵ **Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia** – osoba, która doświadczyła wykluczenia z więcej niż jednej przesłanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą o pomocy społecznej z 12.03.2004 roku lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniających co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy.



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO UDZIAŁU W PROJEKIE CD. (Proszę zaznaczyć znakiem 'x' poprawną odpowiedź)	
Jakie jest Pana/Pani wykształcenie ⁶ ? (kryterium premiujące dot. kwalifikacji)	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia)
	<input type="checkbox"/> podstawowe (kształcenie na poziomie szkoły podstawowej)
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (kształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej)
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (kształcenie na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)
	<input type="checkbox"/> policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
	<input type="checkbox"/> wyższe
Czy posiada Pan/Pani doświadczenie zawodowe ⁷ ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Czy jest Pan/Pani osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
(Jeśli TAK proszę zaznaczyć „x” przy sytuacji, w której się Pan/Pani znajduje, możliwe jest zaznaczenie wielu odpowiedzi)	
<input type="checkbox"/> Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej. <input type="checkbox"/> Jestem osobą, która opuściła pieczę zastępczą.	<input type="checkbox"/> Jestem osobą nieposiadającą: obojga rodziców lub jednego rodzica, innych opiekunów (odpowiedzialnych za wychowanie), bądź w ogóle jakichkolwiek krewnych.

⁶ **Osoba o niskich kwalifikacjach** – to osoba posiadająca maksymalnie wykształcenie ponadgimnazjalne (tj. wykształcenie zgodnie z Międzynarodową Standardową Klasyfikacją Wykształcenia na poziomie do ISCED 3), co oznacza, że do osób o niskich kwalifikacjach zalicza się osoby, które posiadają wykształcenie: **podstawowe i niższe, gimnazjalne, ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa/ liceum profilowane/ liceum ogólnokształcące/technikum)**. Do osób o niskich kwalifikacjach **nie wlicza się** osób posiadających wykształcenie: policealne, pomaturalne, wyższe. Stopień uzyskanego wykształcenia jest określany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.

⁷ Zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy "**doświadczenie zawodowe**" oznacza doświadczenie uzyskane w trakcie zatrudnienia, wykonywania innej pracy zarobkowej lub prowadzenia działalności gospodarczej przez okres co najmniej 6 miesięcy.



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<input type="checkbox"/> Pochodzę z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczej.	<input type="checkbox"/> Jestem osobą doświadczającą stałego braku dostatecznych środków materialnych dla zaspokojenia potrzeb jednostki (<i>w szczególności w zakresie jedzenia, schronienia, ubrania, transportu oraz podstawowych potrzeb kulturalnych i społecznych</i>)
<input type="checkbox"/> Pochodzę z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> Posiadam trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
<input type="checkbox"/> Jestem osobą doświadczającą przemocy w rodzinie.	<input type="checkbox"/> Jestem osobą doświadczającą alkoholizmu, narkomani,
<input type="checkbox"/> Jestem matką/ojcem wychowującą/ym minimum trójkę dzieci (rodzina wielodzietna)	<input type="checkbox"/> Jestem osobą, która musiała opuścić teren, na którym mieszkała ze względu na zagrożenie życia, zdrowia, bądź wolności.
<input type="checkbox"/> Jestem osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną. ⁸	

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „Aktywni- Kompetentni – Samodzielni” zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w procesie rekrutacji do projektu „Aktywni – Kompetentni – Samodzielni”, a w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie zobowiązuję się do przekazania informacji nt. mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, tj.:

⁸ **Osoba zależna** – osoba wymagająca ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączona więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym (art. 2 ust. 1 pkt 21 ustawy z dnia 20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) / Dz. U. 2004 Nr 99 poz. 1001./



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

- a) do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie dostarczenie kopii umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub wydruku CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) i zaświadczenia z ZUS potwierdzającego prowadzenie działalności,
 - b) do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie: kopii umowy o pracę na min 3 miesiące, na minimum ½ etatu lub kopii umowy cywilnoprawnej na kwotę równą lub wyższą od 3-krotności minimalnego wynagrodzenia.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w Formularzu zgłoszeniowym zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej – Małopolskiemu Centrum Przedsiębiorczości, ul. Jasnogórska 11, 31-258 Kraków, beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacji Wspierania Rozwoju Społecznego „Leonardo”, os. Młodości 8, 31-908 Kraków, oraz Partnerowi projektu – Maestra – Firma Szkoleniowa, Małgorzata Sanecka, ul. Nowy Świat 18, 32-020 Wieliczka, oraz innym podmiotom, które na zlecenie beneficjenta będą uczestniczyły w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badanie ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym podmiotom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Zarządzającej oraz beneficjenta kontrole i audyty w ramach RPO WM.
5. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wyrażam zgodę na podanie wszystkich danych, o których mowa w *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej* i w *Wytycznych z zakresu monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych*. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).
6. Mam prawo do dostępu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Organizatora o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).



Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

ZAŁĄCZNIKI

- 1) Zaświadczenie lek. bądź orzeczenie o niepełnosprawności (osoba z doświadczeniem choroby psychicznej).
- 2) Zaświadczenie o zarejestrowaniu w Urzędzie Pracy.

.....
data i czytelny podpis kandydata