**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „Zacznij od zaraz – Nowa szansa na aktywność”**

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |  |
| --- | --- |
| **LIDER PROJEKTU** | **Fundacja „Razem” ul. Beethovena 1-2, 58-300 Wałbrzych** |
| **TYTUŁ PROJEKTU/NR PROJEKTU** | **„Zacznij od zaraz – Nowa szansa na aktywność”,  RPDS.09.01.01-02-0032/19** |
| **OŚ PRIORYTETOWA** | **9–Włączenie społeczne** |
| **DZIAŁANIERPOWD**  **2014-2020 / PODDZIAŁANIE** | **9.1. Aktywna integracja**  **9.1.1 Aktywna integracja-konkursy horyzontalne** |
| **DATA PRZYJĘCIA FORMULARZA** |  |
| **PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ FORMULARZ** |  |

**UWAGA:**

**1. Formularz rekrutacyjny do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.**

**2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.**

**3. Każde pole Formularza rekrutacyjnego powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU** | | | | |
| **Imię (Imiona):** |  | | | |
| **Nazwisko:** |  | | | |
| **Płeć:** | Kobieta: 🞎 | Mężczyzna: 🞎 | | |
| **Data urodzenia i miejsce urodzenia:** |  | | | |
| **PESEL:** |  | | | |
| **Telefon kontaktowy *(Stacjonarny / Komórkowy):*** |  | | | |
| **Adres e-mail:** |  | | | |
| **Adres zamieszkania**: | | | | |
| **Ulica:** |  | | | |
| **Nr domu lub nr lokalu:** |  | | | |
| **Miejscowość:** |  | | | |
| **Kod pocztowy:** |  | | | |
| **Gmina:** |  | | | |
| **Powiat:** |  | | | |
| **Województwo:** |  | | | |
| **Obszar urbanizacji wg stopnia DEGURBA** | 🞎 1  🞎 2  🞎 3 | | | |
| **2. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ** | | | | |
| |  | | --- | | **Wykształcenie:** | | 🞎**niższe niż podstawowe** formalnego wykształcenia  🞎**podstawowe** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)  🞎**gimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)  🞎**ponadgimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)  🞎**policealne** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)  🞎**wyższe** (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) | | | |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | **Bezrobotny (pozostający bez pracy, gotowy do podjęcia pracy i aktywnie poszukujący zatrudnienia).**  🞎 TAK zarejestrowany w PUP   |  | | --- | | ***(\*wymagane zaświadczenie)*** | |  |   🞎 TAK niezarejestrowany w PUP - i jednocześnie oświadczam, że poszukuję pracy  🞎 NIE   |  |  | | --- | --- | | **- w tym, osoba długotrwale bezrobotna (pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia nieprzerwanie przez co najmniej 6/12 miesięcy przed przystąpieniem do projektu)**  ( <25 lat – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).  - 25 lat lub więce) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).  🞎 TAK  🞎 NIE  🞎 INNE   |  | | --- | | **Bierny zawodowo (osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna**). **Oświadczam, że nie poszukuję pracy.** | |   🞎 TAK  🞎osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  🞎 osoba ucząca się  🞎 inne  🞎 NIE | | | |
| **Nieprzerwany okres pozostania bez zatrudnienia przed przystąpieniem do projektu:** | 🞎 do 6 miesięcy  🞎 od 6 do 12 miesięcy  🞎 od 12 do 24 miesięcy  🞎 powyżej 24 miesięcy | | | |
| |  | | --- | | **Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami:**  ***(dane wrażliwe)***  ***(\*wymagana kserokopia orzeczenia)*** | | 🞎 tak\*   |  | | --- | | (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia  🞎 nie  🞎 odmowa podania informacji | | | 🞎 tak\*   |  | | --- | | (osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Dz. U. z 2017 r. poz. 882 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia  🞎nie  🞎 odmowa podania informacji | | |
| Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:   orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym,   orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia,   orzeczenie o niezdolności do pracy,   orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności,   orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,   inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),   w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia. | | | |
| **Dane wrażliwe:** | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **JESTEM**  **- osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia *(dane wrażliwe)***  🞎 tak   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 🞎 nie  **JESTEM**  **- osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) *(dane wrażliwe)*:**  🞎 tak  🞎 nie  🞎 odmowa podania informacji  **JESTEM**   |  | | --- | | **- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań *(dane wrażliwe)*:**  🞎 tak  🞎 nie  🞎 odmowa podania informacji | |  | | | | | | |
| **Spełniam poniższe przesłanki wykluczenia społecznego:** | | | | | | |
| 1. osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;   🞎 tak  🞎 nie   1. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym;   🞎 tak  🞎 nie   1. 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   1. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014r. poz. 382);   🞎 tak  🞎 nie   1. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);   🞎 tak  🞎 nie   1. osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375);   🞎 tak  🞎 nie   1. 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 - np. oświadczenie uczestnika   🞎 tak  🞎 nie   1. osoby niesamodzielne;   🞎 tak  🞎 nie   1. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;   🞎 tak  🞎 nie   1. osoby korzystające z PO PŻ.   🞎 tak  🞎 nie  Jeżeli tak to oświadczam, że Zakres wsparcia nie powiela działań, które otrzymała/ otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących. | | | | |
| Pierwszeństwo udziału w projekcie mają osoby spełniające poniżej wskazane przesłanki:  1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym lub środowiskiem, lokalną społecznością zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych ?  🞎 tak  🞎 nie  2.Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (wskazać TAK w przypadku zaznaczenia więcej niż jednej przesłanki w punkcie: Spełnienie przesłanek wykluczenia społecznego tj. punkt od a do j)  🞎 tak  🞎 nie  3.Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowia)  🞎 tak  🞎 nie  4. Jestem osobą lub rodziną korzystającą z PO PŻ  🞎 tak  🞎 nie | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| |  | | --- | | **Ja, niżej podpisany/a\* oświadczam, że:**   1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach w ramach Działania 9.1 Aktywna integracja RPO WD 2014-2020 pn: „Zacznij od zaraz – Nowa szansa na aktywność” 2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Zacznij od zaraz – Nowa szansa na aktywność” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 9.1 Aktywna integracja RPO WD 2014-2020. 3. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Fundacji „Razem” 4. Zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. 5. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Beneficjenta. 6. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu. 7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji RPO WD, zgodnie z art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej **RODO.** 8. Nie jestem zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego, a także nie prowadzę działalności gospodarczej ani rolniczej. 9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email). 10. Zostałem/am\* poinformowany/a\*, że udział w projekcie jest bezpłatny. 11. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie. 12. Zostałem 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). 13. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Fundacji „Razem” o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia). 14. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie **„Zacznij od zaraz – Nowa szansa na aktywność”**oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym. 15. **Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.** 16. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie „Zacznij od zaraz – Nowa szansa na aktywność”zgłaszam potrzebę/y wynikające z posiadanej niepełnosprawności lub wynikające z innych potrzeb związanych z udziałem w przedmiotowym projekcie:  * Tak proszę napisać jaką/jakie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. * Nie   **……..............................................**  **Data i czytelny podpis Kandydata** | |