

Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA

I. Informacje o projekcie

Tytuł projektu	Indywidualna aktywizacja społeczno-zatrudnieniowa dla kobiet z niepełnosprawnościami z woj. lubuskiego
Beneficjent	Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR”
Numer umowy	RPLB.07.03.00-08-0025/16-00
Okres realizacji	01.04.2017-30.09.2018

II. Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

<b>Dane osobowe</b>	Imię	
	Nazwisko	
	seria i nr dowodu osobistego	
	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta
		<input type="checkbox"/> mężczyzna
	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
	PESEL	
	Data urodzenia (RRRR.MM.DD)	
	Wykształcenie (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> brak <i>Brak formalnego wykształcenia</i>
		<input type="checkbox"/> podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>
		<input type="checkbox"/> gimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>
		<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze)</i>
<input type="checkbox"/> policealne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>		
	<input type="checkbox"/> wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym</i>	
Zawód wyuczony/wykonywany		
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	

<b>Dane kontaktowe</b>	Ulica		
	Nr domu		
	Nr lokalu		
	Miejscowość		
	Obszar (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> miejski	
		<input type="checkbox"/> wiejski	
		<input type="checkbox"/> wiejski ( zgodnie z klasyfikacją DEGURBA kat.3 – zał.1)	
	Wielkość miejsca zamieszkania	<input type="checkbox"/> wieś	
		<input type="checkbox"/> do 20 tys.	
		<input type="checkbox"/> 20-50 tys.	
		<input type="checkbox"/> 50-100 tys.	
		<input type="checkbox"/> pow. 100 tys.	
	Kod pocztowy		
	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
Telefon stacjonarny			
Telefon komórkowy			
Adres poczty elektronicznej (e-mail)			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznacz odpowiednie)	Bezrobotny (pozostający bez pracy, gotowy do podjęcia pracy i aktywnie poszukujący zatrudnienia):	<input type="checkbox"/> Tak Zarejestrowany w PUP	<input type="checkbox"/> Tak Niezarejestrowany w PUP
		<input type="checkbox"/> Nie	
	– w tym, osoba długotrwale bezrobotna (pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia nieprzerwanie przez co najmniej 6 miesięcy przed przystąpieniem do projektu)	<input type="checkbox"/> Tak	
		<input type="checkbox"/> Nie	
	Bierny zawodowo (osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna)	<input type="checkbox"/> Tak	
		<input type="checkbox"/> Nie	

	– w tym	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	Zatrudniony	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	– w tym	<input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Samozatrudniony <input type="checkbox"/> Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w małym i/lub średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Zatrudniony w administracji publicznej <input type="checkbox"/> Zatrudniony w organizacji pozarządowej
Nieprzerwany okres pozostania bez zatrudnienia przed przystąpieniem do projektu	<input type="checkbox"/> do 6 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> od 6 do 12 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> powyżej 12 miesięcy	
Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami: (dane wrażliwe) (wymagana kserokopia oświadczenia potwierdzona za zgodność z oryginałem)	<input type="checkbox"/> tak (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
	<input type="checkbox"/> tak (osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
W przypadku odpowiedzi TAK posiadam stopień/ niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> znaczny, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> sprzężoną	
Symbol przyczyny niepełnosprawności		
Data urazu		
Wózek		
Grupa schorzeń	<input type="checkbox"/> paraplegia	
	<input type="checkbox"/> tetraplegia	
	<input type="checkbox"/> przepuklina - oponowo - rdzeniowa	
	<input type="checkbox"/> inne	
Jestem:		
– osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	

– osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
osobą charakteryzującą się niskim statusem materialnym (zg. z Art.8 ust. o pomocy społ.)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
– osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającym na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) (dane wrażliwe):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
– osobą po opuszczeniu zakładu karnego lub aresztu śledczego (do roku po opuszczeniu):	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
w przypadku odpowiedzi TAK wymienić formy pomocy:	
– osobą objętą Programem Zagrożenia Ubóstwem lub Wykluczeniem Społ. w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o społ. i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS EFRR na lata 2014-2020:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
-osobą lub rodziną korzystającą 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. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
-osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym*:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
- osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem śr. EFS i EFRR na lata 2014-2020, o której mowa w Wytocznych Ministerstwa Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
-osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
-osobą odbywającą karę pozbawienia wolności:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

\*zatrudnienie socjalne - to forma wsparcia osób, które mają szczególne trudności w wejściu lub powrocie na otwarty rynek pracy np. są długotrwale bezrobotne, uzależnione, bezdomne, chore psychicznie.

Art. 1. 1. Ustawa określa zasady zatrudnienia socjalnego.

2. Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

2) uzależnionych od alkoholu,

3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,

4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,

5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o po-mocy społecznej,

7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób nie-ppełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

**Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w formularzu są prawdziwe oraz pouczony/a\* o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż:**

- 1) **Jestem / Nie jestem\*** osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy.
- 2) **Uczestniczyłem / Nie uczestniczyłem\*** w ciągu min. 4 tygodni przed przystąpieniem do projektu z żadnej formy aktywizacji finansowanej ze środków publicznych, zbieżnych ze wsparciem planowanym w ramach projektu.
- 3) Nie korzystam z żadnej formy aktywizacji WTZ

\*niepotrzebne skreślić

**Ja, niżej podpisana oświadczam, że:**

1. Zapoznałam się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Indywidualna aktywizacja społeczno-zatrudnieniowa dla kobiet z niepełnosprawnościami z woj. lubuskiego” zawartymi w „Regulaminie Rekrutacji Uczestniczek i Uczestnictwa w Projekcie”, „Regulaminie Form Wsparcia” i Umowie uczestnictwa oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminów i Umowy.
2. Zostałam poinformowana, że projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego – Lubuskie 2020, 7 Oś Priorytetowa Równowaga społeczna, Działanie 7.3 z Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Zostałam poinformowana, że udział w projekcie jest bezpłatny.
4. Zostałam poinformowana, iż ścieżka uczestnictwa w projekcie obejmuje łącznie następujące formy pomocy: określenie profilu pomocy i przygotowanie Indywidualnej ścieżki reintegracji w oparciu o IPD, indywidualne i grupowe sesje psychologiczne i/lub specjalistyczne, usługę pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, wysokiej jakości wsparcie stanowiące odpowiedź na zidentyfikowaną barierę wynikającą z IPD, utrudniającą zatrudnienie, staż, szkolenie zawodowe, zwrot kosztów dojazdu na szkolenie lub staż, opiekę trenera pracy.
5. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich wskazanych formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
6. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
7. Oświadczam, że nie jestem zatrudniona 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.
8. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.
9. Zostałam poinformowana 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).
10. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).
11. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Indywidualna aktywizacja społeczno-zatrudnieniowa dla kobiet z niepełnosprawnościami z woj. lubuskiego” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.
12. Oświadczam, że w przypadku podjęcia pracy lub założenia działalności gospodarczej zobowiązuję się do dostarczenia w terminie 7 dni od daty podjęcia pracy lub założenia działalności gospodarczej informacji do Biura projektu w jednej z niżej wymienionych form:
  - a) kserokopii umowy lub zaświadczenia od pracodawcy,
  - b) kserokopii wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczych,
13. W przypadku otrzymania oferty pracy, kształcenia ustawicznego, przygotowania zawodowego lub stażu po opuszczeniu programu zobowiązuję się do dostarczenia informacji o otrzymanej ofercie do Biura projektu:
  - a) w terminie do 4 tyg. od zakończenia udziału w projekcie (oferta powinna wskazywać okres na jaki oferent jest gotowy do zawarcia umowy z uczestnikiem);
  - b) w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz dostarczę dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (podjęcie zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej).
14. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatorów Projektu – Fundacji Aktywnej Rehabilitacji „FAR”  
ul. Łowicka 19, 02-574 Warszawa.

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą oraz, iż są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
Miejscowość, data

.....  
CZYTELNY PODPIS