

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA**

**I. Informacje o projekcie**

Tytuł projektu	Indywidualna i kompleksowa aktywizacja 55 ON z niepełnosprawnością znaczną oraz os. z niepełnosprawnością sprzężoną z woj. pomorskiego szansą na stałe zatrudnienie
Beneficjent	Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR”
Numer umowy	RPPM.06.01.02-22-0099/16-00
Okres realizacji	01.01.2017-30.04.2018

**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	

1

		<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		
	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)				
<b>Dane dodatkowe</b>	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		
	Bierny zawodowo (osoba, która w danej chwili nie	<input type="checkbox"/> Nie		
		<input type="checkbox"/> Tak		

		tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna)	<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 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 pozostającymi 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 korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
w przypadku odpowiedzi TAK wymienić formy pomocy:	

<p><b>Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w formularzu są prawdziwe oraz pouczony/a* o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż:</b></p> <p>1) <b>Uczestniczyłem / Nie uczestniczyłem*</b> w ciągu min. 4 tygodni przed przystąpieniem do projektu z żadnej formy aktywizacji finansowanej ze środków publicznych, zbieżnych ze wsparciem planowanym w ramach projektu.</p> <p>2) Nie korzystam z żadnej formy aktywizacji (WTZ)</p> <p>*niepotrzebne skreślić</p>
<p><b>Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:</b></p> <p>1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Indywidualna i kompleksowa aktywizacja 55 ON z niepełnosprawnością znaczną oraz os. z niepełnosprawnością sprzężoną z woj. pomorskiego szansą na stałe zatrudnienie” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa, Regulaminie udzielanych form wsparcia uczestnikom/czkom projektu, Umowie uczestnictwa oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminów oraz Umowy.</p> <p>2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi Priorytetowej 6 <i>Integracja</i> w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego 2014 – 2020, Działanie 06.01 <i>Aktywna Integracja</i>, Poddziałanie 06.01.02 <i>Aktywizacja społeczno-zawodowa</i>, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego</p> <p>3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.</p> <p>4. Zostałem/am poinformowany/a, iż ścieżka uczestnictwa w projekcie obejmuje łącznie następujące formy pomocy: określenie profilu pomocy i przygotowanie Indywidualnego Planu Działania, usługę pośrednictwa pracy i poradnictwa zawodowego, wysokiej jakości wsparcie stanowiące odpowiedź na zidentyfikowaną barierę wynikającą z IPD, utrudniającą zatrudnienie tj. indywidualne wsparcie psychologiczne, staż lub szkolenie</p>

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 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.

8. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie.

9. 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).

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 i kompleksowa aktywizacja 55 ON z niepełnosprawnością znaczną oraz os. z niepełnosprawnością sprzężoną z woj. pomorskiego szansą na stałe zatrudnienie” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.

12. 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