

Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/CZKI

I. Informacje o projekcie

Tytuł projektu	Indywidualna i kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami z woj. warmińsko-mazurskiego
Beneficjent	Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR”
Numer umowy	Nr RPWM.11.01.01-28-0156/16-01
Okres realizacji	01.04.2017-31.10.2019

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

Dane osobowe	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		
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	



Dane kontaktowe	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 tyś.
			<input type="checkbox"/> 20-50 tyś.
			<input type="checkbox"/> 50-100 tyś.
			<input type="checkbox"/> pow. 100 tyś.
	Kod pocztowy		
	Województwo		
	Powiat		
Gmina			
Telefon stacjonarny			
Telefon komórkowy			
Adres poczty elektronicznej (e-mail)			
Dane dodatkowe	Uczę się na terenie województwa warmińsko-mazurskiego		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	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		
Schorzenie		
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 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 przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
-osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
-osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o której mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.):	<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 niepełnosprawnych, 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) **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.

*niepotrzebne skreślić

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie „Indywidualna i kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami z woj. warmińsko-mazurskiego” zawartymi w „Regulaminie Rekrutacji Uczestników/czek i Uczestnictwa w Projekcie”, „Regulaminie Form Wsparcia” i Umowie uczestnictwa oraz akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminów i Umowy.

2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020, 11 Oś Priorytetowa Włączenie społeczne, Działanie 11.01.00, Poddziałanie 11.01.01 z Europejskiego Funduszu Społecznego.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny.

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 i/lub specjalistyczne, staż, szkolenie zawodowe, zwrot kosztów dojazdu na szkolenie lub staż, opiekę trenera pracy i specjalisty do spraw aktywizacji.

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 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 (max. 7 dni) do poinformowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych w tym miejsca zamieszkania wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

11. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014 –2020 oraz spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskich w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Uprzedzony o odpowiedzialności prawnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

12. Oświadczam że zamieszkuję na terenie woj. warmińsko-mazurskiego ale poza MOF Olsztyn.

13. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Indywidualna i kompleksowa aktywizacja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami z woj. warmińsko-mazurskiego” oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym.

14. Oświadczam, iż w przypadku udziału w szkoleniu/kursie zawodowym przystąpię do egzaminu lub innej formy weryfikacji uzyskanej wiedzy, zgodnie z Wytycznymi Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

15. Oświadczam, iż w przypadku udziału w szkoleniu/kursie zawodowym, w ciągu 4 tyg. od przystąpienia do egzaminu lub innej formy weryfikacji uzyskanej wiedzy, przedstawię Realizatorowi Projektu, zaświadczenie, certyfikat lub inny dokument potwierdzający uzyskaną wiedzę.

16. Oświadczam, iż w przypadku nie posiadania, przypisanego profilu, po zakończeniu projektu obligatoryjnie zgłoszę się do właściwego Powiatowego Urzędu Pracy, celem przypisania do profilu ustalonego przez właściwy PUP, o ile mogę podlegać takiej rejestracji.

17. 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,



16. 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).

c) zobowiązuję się do niezwłocznego (max. 7 dni) powiadomienia Fundacji Aktywnej Rehabilitacji o zakwalifikowaniu do innego projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM.

17. 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