



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- II edycja
Beneficjent	Fundacja Aktywnej Rehabilitacji „FAR”
Numer umowy	Nr RPWM.11.01.01-28-0107/18
Okres realizacji	30.09.2019-30.11.2021

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

Dane osobowe	Imię	
	Nazwisko	
	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 wykonywany	
Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Obszar (zaznacz odpowiednie)	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski



<b>Dane dodatkowe</b>	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.	
	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)**		<input type="checkbox"/> 1 stopień; <input type="checkbox"/> 2 stopień; <input type="checkbox"/> 3 stopień;	
	Kod pocztowy			
	Województwo			
	Powiat			
	Gmina			
	Telefon kontaktowy			
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)			
	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"/> Nie	<input type="checkbox"/> Tak Niezarejestrowany w PUP
– 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 12 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> od 12 do 24 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> powyżej 24 miesięcy	
Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami: (dane wrażliwe) (wymagana kserokopia oświadczenia potwierdzonego 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	<input type="checkbox"/> paraplegia, <input type="checkbox"/> tetraplegia, <input type="checkbox"/> przepuklina oponowo-rdzeniowa, <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
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 (innej 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 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 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

**\*Bierni zawodowo** to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej 9 tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierni zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierni zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu), powinni być wskazywani przez osobę jako osoby pracujące.

**\*\*Stopień urbanizacji (DEGURBA)** tworzy klasyfikację wszystkich LAU2s (lokalnych jednostek administracyjnych - poziom 2 / gminy) na następujące trzy kategorie:

- obszar gęsto zaludniony -kod klasyfikacji 1
- obszar o średniej gęstości – kod klasyfikacji 2
- obszar słabo zaludniony – kod klasyfikacji 3

Źródło: [http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/miscellaneous/index.cfm?TargetUrl=DSP\\_DEGURBA](http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/miscellaneous/index.cfm?TargetUrl=DSP_DEGURBA)

**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 – II edycja” 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, indywidualnie dobierane: 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/podnoszące kwalifikacje, warsztaty (WAZ, WAS, WAZD, TKI) zwrot kosztów dojazdu na szkolenie lub/i staż lub/i warsztaty, opiekę trenera pracy i specjalisty do spraw aktywizacji i motywacji.
5. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką, 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). Odmowa, udzielania informacji w przypadku danych wrażliwych nie

skutkuje odmową udzielania wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej).

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 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 Miastem Olsztyn, gminą Barczewo, Dywity, Gietrzwałd, Jonkowo, Purda, Stawiguda oraz Miastem i gminą Ełk.

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

14. Oświadczam, iż w przypadku udziału w szkoleniu/kursie zawodowym/podnoszącym kwalifikacje przystąpię do egzaminu lub innej formy weryfikacji uzyskanej wiedzy, zgodnie z Wytocznymi 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,/podnoszącym kwalifikacje 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.

18. 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 powiadomienia Fundacji Aktywnej Rehabilitacji o zakwalifikowaniu do innego projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WM.

19. 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 odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....  
Miejscowość, data

.....  
CZYTELNY PODPIS