



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA				
IMIĘ (IMIONA)		PŁEĆ		
NAZWISKO				
DATA URODZENIA		MIEJSCE URODZENIA		
PESEL				
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo			
	Powiat		Gmina	
	Miejscowość			
	Ulica			
	Nr domu		Nr lokalu	
	Kod pocztowy			
	Obszar miejski		Obszar wiejski	
TELEFON KONTAKTOWY				
ADRES E-MAIL				
WYKSZTAŁCENIE		brak		
		podstawowe		
		gimnazjalne		
		ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> wykształcenie średnie <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/>	
		pomaturalne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)		
		wyższe (studia ukończone)		

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY

OSOBA BEZROBOTNA <i>Osoba zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy z orzecznym III profilem pomocy</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
OSOBA BEZROBOTNA niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy , <i>Osoba, pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy. Nie zalicza się tu studentów.</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
OSOBA BIERNA ZAWODOWO <i>Osoba, która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni¹</i>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

¹ 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 biernie zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA		
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym ² bez osób pracujących (Gospodarstwo domowe, w którym żaden człowiek nie pracuje. Wszyscy członkowie gosp. domowego są bezrobotni albo bierni zawodowo).	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - wpisać w jakiej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami ³ (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Osoba korzystająca z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Stopień niepełnosprawności (proszę wpisać grupę)		
Czy zamierza Pan/Pani starać się o zwrot kosztów dojazdu?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
DANE DO UMOWY STAŻOWEJ / SZKOLENIOWEJ		
SERIA i NR dowodu osobistego:		
Urząd Skarbowy (nr, adres)		
NR KONTA BANKOWEGO		

² Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem i wspólnie prowadząca dom.

³ Osoby z niepełnosprawnościami - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

OŚWIADCZENIA

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą OŚWIADCZAM, iż:

JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ , osobą zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy z orzeczoną III profilem pomocy, załączam aktualne zaświadczenie z PUP	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy , osobą, pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy. Nie zalicza się tu studentów.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO , osobą, która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni ⁴	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
MÓJ STAN ZDROWIA POZWALA NA PODJĘCIE PRACY (nie posiadam orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy).	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
oraz OŚWIADCZAM, iż doświadczam wykluczenia społecznego z uwagi na następujące przesłanki ⁵		
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ	Tak <input checked="" type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
UBÓSTWO	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
SIEROCTWO	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
BEZDOMNOŚĆ	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
DŁUGOTWAŁA LUB CIĘŻKA CHOROBA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
DOŚWIADCZANIE PRZEMOCY W RODZINIE	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
POTRZEBA OCHRONY OFIAR HANDLU LUDŹMI	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
WIELODZIELNOŚĆ	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
BEZRADNOŚĆ W SPRAWACH W SPRAWACH OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH I PROWADZENIE GOSPODARSTWA DOMOWEGO ZWŁASZCZA W RODZINACH NIEPEŁNYCH LUB WIELODZIELNYCH	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
STATUS UCHODŹCY	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
TRUDNOŚCI W PRZYSTOSOWANIU SIĘ DO ŻYCIA PO ZWOLNIENIU Z ZAKŁADU KARNEGO	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
ALKOHOLIZM LUB NARKOMANIA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
ZDARZENIE LOSOWE I SYTUACJA KRYZYSOWA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
KLĘSKA ŻYWIÓLOWA LUB EKOLOGICZNA	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Wiarygodność zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia

Miejscowość

.....
czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

⁴ 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 biernie zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.

⁵ Art. 7 Ustawy o Pomocy Społecznej z dnia 23.03.2004r. Dz.U.2016.0.930 ⁵⁵



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie "Droga do aktywności społeczno-zawodowej - program aktywizacji osób niepełnosprawnych i oddalonych od rynku pracy z województwa wielkopolskiego".
2. Zapoznałam/em się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* zgodnie z jego wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowany, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
5. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu.
6. Zostałam/em poinformowana/y o **obowiązku** przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzielo lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenie z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
7. Zostałam/em poinformowana/y o **obowiązku** rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy (PUP) i przekazania Organizatorowi Projektu zaświadczenie o rejestracji w PUP do 4 tygodni od ukończenia udziału w projekcie.
8. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu.
9. Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość zawartych powyżej danych.

....., dnia

Miejscowość

.....
czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

Załączniki:

1. Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.