**Formularz zgłoszeniowy**

**Projekt „Czas na aktywność”**

**Data dostarczenia formularza:……………………………………………………………………………………………………………………**

**Podpis osoby przyjmującej:……………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
| Dane podstawowe |
| Imię |  |
| Drugie imię |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć | Kobieta | Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Stopień niepełnosprawności |  Lekki Umiarkowany Znaczny |
| Rodzaj schorzenia lub symbol niepełnosprawności |  |
| Nr PESEL |  |
| Adres zamieszkania | ulica |  |
| nr domu |  | nr lokalu |  |
| miejscowość |  |
| kod pocztowy |  | poczta |  |
| powiat |  | województwo |  |
| obszar |  wiejski miejski |
| Telefon kontaktowy | stacjonarny |  | komórkowy |  |
| Adres poczty e-mail |  |

|  |
| --- |
| **Wykształcenie** |
|  **podstawowe***Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej* |  **gimnazjalne***Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej* |  **ponadgimnazjalne***Wykształcenie na poziomie szkoły średniej* |  **pomaturalne***Wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym* |  **wyższe***Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej* |

|  |
| --- |
| Proszę wpisać ukończone szkolenia i kursy: |

|  |
| --- |
| **Doświadczenie zawodowe:** |
|  Zawód wyuczony:…………………………………………………………………………………………………………………………………….Zawód wykonywany:……………………………………………………………………………………………………………………………….Firma:…………………………………………………………………………………………………………………Okres:………………………………………………………………………………………………………………..Stanowisko:……………………………………………………………………………………………………...Wymiar czasu pracy:……………………………………………………………………………………….Firma:…………………………………………………………………………………………………………………Okres:………………………………………………………………………………………………………………..Stanowisko:……………………………………………………………………………………………………...Wymiar czasu pracy:………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| Czy jest Pan/i rodzicem lub prawnym opiekunem przynajmniej 1 dziecka poniżej 7 roku życia lub osoby zależnej? Tak Nie |
| Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |
| Czy jest Pan/i osobą pracującą, zatrudnioną na podstawie umowy o pracę i/lub innej umowy cywilno-prawnej? |  Tak Nie |
| Czy prowadzi Pan/i własną działalność gospodarczą? |  Tak Nie |
| Czy jest Pan/Pani rolnikiem lub domownikiem rolnika ubezpieczonego w KRUS? |  Tak Nie |
| Czy jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna? |  Tak Nie |
| Czy jest Pan/i zarejestrowany/na w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat? |  Tak Nie |
| Czy jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba poszukująca pracy? |  Tak Nie |
| Czy jest Pan/i osobą pozostającą bez zatrudnienia nie zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy (nieaktywną zawodowo)? |  Tak Nie |
| Czy jest Pan/i osobą uczącą się lub kształcącą? |  Tak Nie |
| Proszę napisać jakie przeciwwskazania do pracy wynikają z posiadanego przez Pana/Panią rodzaju niepełnosprawności . |
| Proszę określić w przybliżeniu miesięczną kwotę dochodów netto przypadającą na członka rodziny w Pana/i gospodarstwie domowym: 500 zł i mniej ponad 500 do 1000 zł 1000 zł i więcej brak jakichkolwiek dochodów |
| Czy jest Pan/Pani klientem pomocy społecznej? Tak Nie |
| Proszę podać okres pozostawania bez pracy (czas od rozwiązania umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej): |
| Proszę podać przybliżona odległość Pani miejsca zamieszkania do najbliższego miasta powiatowego: |
| Preferencje projektowe |
| W jakim szkoleniu zawodowym chciałby/aby Pan/i uczestniczyć? *(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)* |  Kadry i płace Księgowość z obsługą komputerowych programów użytkowych Pracownik administracyjno-biurowy inne (jakie?) ......................................................……………………………………………………………………………. |
| Jeśli nie byłoby już miejsc w preferowanym przez Pana/ią szkoleniu zawodowym, w którym ew. szkoleniu chciałby/aby Pan/i uczestniczyć? *(proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź)* |  Kadry i płace Księgowość z obsługą komputerowych programów użytkowych Pracownik administracyjno-biurowy inne (jakie?) ......................................................……………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Oczekiwania:** |
| Dlaczego zdecydował/a się Pan/i na udział w projekcie? |
| Czy ma Pan/i konkretne oczekiwania wzglądem projektu przed jego rozpoczęciem?  Tak NieJeśli tak, to jakich korzyści spodziewa się Pan/i w związku z uczestnictwem w projekcie?*(proszę zaznaczyć nie więcej niż 3 najważniejsze odpowiedzi)* Zdobycia nowych umiejętności zawodowych Wsparcia w określeniu ścieżki kariery zawodowej Rozwoju osobistych predyspozycji Poprawy samooceny i wzrostu pewności siebie Nawiązania kontaktów zawodowych i poznania nowych ludzi Zwiększenia swoich szans na rynku pracy po zakończeniu udziału w projekcie Zatrudnienia w miejscu odbywania stażu Inne oczekiwania, jakie? **…………………………………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

|  |
| --- |
| Źródło informacji o projekcie |
| Skąd dowiedziała się Pan/i o projekcie? |  z urzędu pracy lub innej instytucji wspierającej osoby bezrobotne z pozarządowej instytucji działającej na rzecz osób niepełnosprawnych (jakiej?) ................................................................................ z prasy (proszę podać nazwę gazety:………………….) z radia poprzez plakat informacyjny poprzez ulotkę informacyjną poprzez stronę internetową projektu poprzez inną stronę internetową (jaką?) .......................................................................... od znajomych Inne źródła, jakie? .......................................................................... |

|  |
| --- |
| **Oświadczenia i deklaracje:** |
| **Oświadczam, że:**1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.2. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Czas na aktywność” i akceptuję warunki Regulaminu.3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.  3. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie. 4.W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuję się do:* Systematycznego uczęszczania na zajęcia w ramach projektu zgodnie z harmonogramem
* Udziału w badaniach ankietowych przewidzianych w ramach Projektu
* Udostępnienia danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji Projektu
* Wyrażenia zgody na publikację mojego wizerunku zarejestrowanego na materiałach fotograficznych i filmowych wyłącznie dla potrzeb realizacji i promocji projektu

 ................................................................................................................................................(miejscowość, data, czytelny podpis) |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA**

**PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do projektu „Czas na aktywność” realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą w Warszawie
00-926, ul. Wspólna 2/4;

2) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Czas na aktywność”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;

3) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Czas na aktywność”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;

4) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;

5) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

……………………………….. ………………………………………..……………….

Miejscowość, data CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

**OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**

**do projektu: „Czas na aktywność”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Adres zamieszkania** |  |

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam że,  kwalifikuję się do grupy Beneficjentów projektu realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, tj. Priorytet VII Promocja integracji społecznej, Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej, Poddziałanie 7.2.1 Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

1. jestem osobą w wieku 15 – 64 lata
2. jestem osobą posiadającą aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
3. moja niepełnosprawność pozwala mi na podjęcie pracy; jestem zdolny/a i gotowy/a do podjęcia zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy
4. nie jestem osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego (zlecenie, o dzieło)
5. nie prowadzę działalności gospodarczej
6. nie uczestniczyłem/am w projektach realizowanych w ramach PO KL Działanie 1.3
7. jestem osobą zamieszkałą na terenie województwa podlaskiego
8. nie jestem rolnikiem bądź domownikiem rolnika ubezpieczonego w KRUS lub jestem rolnikiem/domownikiem rolnika i jednocześnie posiadam status osoby bezrobotnej (weryfikacja na podstawie zaświadczenia z Urzędu Pracy) i/lub korzystam z pomocy społecznej (weryfikacja na podstawie zaświadczenia o korzystaniu z pomocy społecznej)

……………………………….. ………………………………………..……………….

Miejscowość, data CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU