**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 Nie  Jeśli 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