**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data wpływu** |  | **Podpis osoby przyjmującej formularz** |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY  
Szanowni Państwo!** Prosimy o uzupełnienie poniższego formularza drukowanymi literami oraz o wstawienie w pustych polach „X” zgodnie z prawdą.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE**  **PROJEKTU** | Tytuł Projektu : **,, Razem dbamy o siebie i rozwijamy się”** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr Projektu: **RPMA.09.01.00-14-g784/20-00** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa osi priorytetowej:  **IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa działania: **9.1 „Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu” RPO WM 2014-2020** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE**  **KANDYDATA** | Imię (Imiona) |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | | | | | Wiek w chwili przystępowania do projektu | | | |  | | |
| PESEL |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce urodzenia |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Płeć | Kobieta | | | ❑ | | | Mężczyzna | | | | | | | | ❑ |
| Poziom  wykształcenia | ISCED 0 - Brak | | | ❑ | | | ISCED 3 Ponadgimnazjalne | | | | | | | | ❑ |
| ISCED 1 Podstawowe | | | ❑ | | | ISCED 4 Policealne | | | | | | | | ❑ |
| ISCED 2 Gimnazjalne | | | ❑ | | | ISCED 5-6 Wyższe | | | | | | | | ❑ |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | Powiat | | |  | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu |  | Nr mieszkania | | | |  | | | | Kod pocztowy | | | |  | |
| Poczta |  | | Obszar zamieszkania | | | | | | | | Miejski ❑  Wiejski ❑ | | | | |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** ( o ile jest inny niż zamieszkania) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy, miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon |  | | | | | | | | | | | nie posiadam ❑ | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | | | | nie posiadam ❑ | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA FORMALNE**  niespełnienie skutkuje odrzuceniem zgłoszenia | | | |
| **Status Uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu): | | | |
| **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społ. w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwalczania ubóstwa i należę do jednej z poniższych grup:**   osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące 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;1   osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;2   osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;3   osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U.z 2018 r. poz. 969);4   osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty ( Dz. U. z 2018r. poz.1457, z późn. zm.);   osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami i w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze edukacji na lata 2014-2020;   członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;   osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;   osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;   osoby odbywające karę pozbawienia wolności;   osoby korzystające z PO PŻ. | | TAK ❑  NIE ❑  (oświadczenie UP/ zaświadczenie z OPS, orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument potwierdzający stan zdrowia) | |
| **Zamieszkuje w rozumieniu KC na terenie gminy BROK (miasto), BROK (obszar wiejski), MAŁKINIA GÓRNA, ZARĘBY KOŚCIELNE.** | | TAK ❑ NIE ❑ | |
| **Na dzień składania formularza rekrutacyjnego mam ukończone co najmniej 18 lat.** | | TAK ❑ NIE ❑ | |
| **Jestem osoba bierną zawodowo:** osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca 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), jest uznawana za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Taka sytuacja ma miejsce w momencie, gdy np. osoba bierna zawodowo urodziła dziecko, niemniej w związku z tym, iż jest niezatrudniona nie pobiera od pracodawcy świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego. W związku z tym, należy ją traktować jako osobę bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana jako bezrobotna, wówczas zgodnie z definicją należy wykazać ją jako osobę bezrobotną. | | TAK ❑ NIE ❑ | |
| W tym uczącą się | | TAK ❑ NIE ❑ | |
| **Jestem osobą bezrobotną:** to osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, osoba zarejestrowana jako bezrobotna jest zaliczana do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną. Taka sytuacja ma miejsce w momencie, gdy np. osoba bezrobotna urodziła dziecko, niemniej w związku z tym, iż jest niezatrudniona nie pobiera od pracodawcy świadczeń z tytułu urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego. | | | |
| Zarejestrowaną w Urzędzie Pracy (zaświadczenie PUP) | TAK ❑ NIE ❑ | Niezarejestrowaną w PUP (zaświadczenie ZUS) | TAK ❑ NIE ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIA DODATKOWE - PREMIUJĄCE** | |
| **Status Uczestnika w chwili przystąpienia do projektu:** (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu) | |
| **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społ. w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014−2020 (+10 pkt)**  Rewitalizacja obszarów zdegradowanych obejmuje: gminy BROK (miasto), BROK (obszar wiejski), MAŁKINIA GÓRNA, ZARĘBY KOŚCIELNE. | TAK ❑  NIE ❑ |
| **Posiadam niskie kwalifikacje – wykształcenie od ISCED 0 do ISCED 1 (+10 pkt)** | TAK ❑  NIE ❑ |
| **Posiadam niskie kwalifikacje – wykształcenie od ISCED 2 do ISCED 3 (+5 pkt)** | TAK ❑  NIE ❑ |
| **Kobieta (+10pkt)** | TAK ❑  NIE ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| **MINIMALNY ZAKRES DANYCH KONIECZNY DO WPROWADZENIA DO CENTRALNEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**  Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku Projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie. | |
| **Oświadczam, że jestem:** | |
| **Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia:**  **-** cudzoziemcy, na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym, mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | TAK ❑ |
| NIE ❑ |
| odmowa podania informacji ❑ |
| **Osobą bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  **-** bezdomność wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:  1. bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach).  2. bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, w schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane). | TAK ❑ |
| NIE ❑ |
| **Osobą z niepełnosprawnościami –** osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.0 | TAK ❑ |
| NIE ❑ |
| odmowa podania informacji ❑ |
| **Osobą w innej niż wymienione powyżej niekorzystnej sytuacji społecznej**  Kategoria odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, z wyłączeniem cech wykazanych we wskaźnikach dotyczących: osób z niepełnosprawnością.  Należą do nich:  - osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1,  -byłych więźniów,  -narkomanów,  -osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań,  -osoby z obszarów wiejskich (wg DEGURBA to obszar słabo zaludniony - kod klasyfikacji 3). | TAK ❑ |
| NIE ❑ |
| odmowa podania informacji ❑ |

**Oświadczam, że:**

* Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Razem dbamy o siebie i rozwijamy się” nr RPMA.09.01.00-14-g784/20-00
* Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie „Razem dbamy o siebie i rozwijamy się” nr RPMA.09.01.00-14-g784/20-00 akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
* Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego na lata 2014-2020.
* Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że **korzystam/nie korzystam\*** z **Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020**. Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu „Razem dbamy o siebie i rozwijamy się” nie powiela działań, które otrzymuję z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ. Na dzień przystąpienia do Projektu nie uczestniczę w żadnym innym projekcie wspófinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „Razem dbamy o siebie i rozwijamy się” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE.
* Zostałem/am poinformowany/a, że Edukacyjna Szansa Aziro jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2014. Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
* Zostałem/am poinformowany/a, że Edukacyjna Szansa Aziro zapewnia standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), w związku z powyższym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.
* Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć, materiałów i filmów z moim wizerunkiem przez firmę Edukacyjna Szansa Aziro. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych.
* Jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.
* Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
* Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie (w terminie 4 tygodni od zakończenia udziału).
* Zobowiązuję się, do dostarczenia w terminie 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie, dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej/społeczno-zatrudnieniowej
* Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych
* Podane powyżej dane oraz dane zawarte w załącznikach do formularza rekrutacyjnego są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem
* Mam inne/specjalne potrzeby związane z Uczestnictwem w projekcie. Prosimy wpisać jakie to potrzeby:

|  |
| --- |
|  |

**Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.**

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

Miejscowość i data Czytelny podpis kandydata