Załącznik nr 1a do Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pt. „Troskliwe Gminy”

|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  do projektu pn. „Troskliwe Gminy” – Umowa nr RPPM.06.02.02-22-0039/20 dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 6 Integracja, Działania 6.2. Usługi społeczne, Poddziałania 6.2.2. Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie w ramach wsparcia** | | [\_] usługi opiekuńcze / asystenckie |
| [\_] Klub Seniora |
| **Dane podstawowe** | 1. 1 | Imię: |
|  | Nazwisko: |
|  | PESEL [\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_][\_] |
|  | Data i miejsce urodzenia: |
|  | Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów: |
| **Dane dodatkowe** |  | Wykształcenie: podstawowe [\_] / gimnazjalne [\_] / ponadgimnazjalne [\_] /  pomaturalane [\_] / wyższe [\_] |
|  | Płeć: kobieta [\_] / mężczyzna [\_] |
|  | Wiek w chwili przystępowania do projektu ………………………. |
| **Adres zamieszkania** |  | Kraj: |
|  | Województwo: |
|  | Powiat: |
|  | Gmina: |
|  | Kod pocztowy: |
|  | Miejscowość: |
|  | Obszar: miasto [\_] / wieś [\_] |
|  | Ulica: |
|  | Nr domu: |
|  | Nr lokalu: |
| **Dane kontaktowe** |  | Telefon kontaktowy: |
|  | Adres poczty elektronicznej: |
| **Dane o zatrudnieniu** |  | Nie jestem osobą pracującą - [\_]   * jestem osobą bezrobotną:   *zarejestrowaną Urzędzie Pracy* - [\_]  *nie zarejestrowaną Urzędzie Prac*) - [\_]   * jestem osobą długotrwale bezrobotną- [\_] * jestem osobą bierną zawodowo - [\_]   *nieuczestniczącą w kształceniu (m.in. emeryt, rencista)* - [\_]  *uczącą się* - [\_] |
| 1. 9 | Jestem osobą pracującą - [\_]  zatrudnioną w:   * administracji rządowej - [\_] * administracji samorządowej - [\_] * dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) - [\_] * mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników) - [\_] * małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) - [\_] * średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) - [\_] * organizacji pozarządowej - [\_]   Jestem osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą - [\_]  Jestem rolnikiem - [\_] |
|  | Wykonywany zawód: ……………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………  Nazwa zakładu pracy:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Adres zakładu pracy:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  tel. kontaktowy do zakładu pracy: |
| **Dodatkowe dane** | 1. . | Jestem osobą niepełnosprawną  TAK [\_] NIE [\_] ODMOWA PODANIA INFORMACJI [\_]  W przypadku wyboru odpowiedzi TAK, proszę wskazać stopień niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności oraz okres wydania orzeczenia  …………………………………………………………………………………………… |
| 1. . | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  TAK [\_] NIE [\_] ODMOWA PODANIA INFORMACJI [\_] |
| 1. . | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK [\_] NIE [\_] |
| 1. . | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)  TAK [\_] NIE [\_] ODMOWA PODANIA INFORMACJI [\_] |
| **Przynależność do grup docelowej zgodnie z RPO WP 2014-2020** |  | Jestem osobą należącą do jednej z niżej wymienionych grup:   * Seniorzy - [\_] * osoby z niepełnosprawnością – w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady 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 w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020 - [\_] * osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - [\_] * Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną (u których stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności) oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowym - [\_] * osoby z chorobami przewlekłymi - [\_] * 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 - [\_] * osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego zgodnie z art. 8 i 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - [\_] * osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa - [\_] |

Ja niżej podpisany / podpisana:

1. Wyrażam zgodę na poddanie się ocenie sytuacji osobistej w oparciu o dane źródłowe Ośrodków Pomocy Społecznej z terenów objętych wsparciem oraz wzięcie udziału w wywiadzie z pracownikiem socjalnym. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie.
2. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie jestem zobowiązany do okazania dokumentów potwierdzających informację zawarte w ankiecie.
3. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie akceptuję jego postanowienia oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do wzięcia udziału w niniejszym projekcie.
4. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Sukces poprzez wyższe kwalifikacje” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz 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 (RODO).

……………………….…….. …………………………….........

Miejscowość, data Podpis składającego formularz