**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi , pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak **X przy wybranej pozycji.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr projektu grantowego** | **22/2019/DS** | | | |
| **Nazwa grantobiorcy** | Warsztaty aktywizacyjne -kierunek w przyszłość | | | |
| **Okres realizacji projektu objętego grantem** | **OD:** | **01.06.2019** | **DO:** | **31.12.2019** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona | | |  | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko | | |  | | | | | | | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | |  | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | | |  | | Miejsce urodzenia |  | | | | | | | | |
| PESEL | | |  | | | | | | | | | | | |
| Płeć | | | KOBIETA |  | | MĘŻCZYZNA | | | | | |  | | |
| Adres zamieszkania [[1]](#footnote-2) | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu | |  | | | Nr lokalu  *(jeśli dotyczy)* |  | | | | | | | | |
| Miejscowość | |  | | | Kod pocztowy |  | | | | | | | | |
| Gmina | |  | | | Powiat |  | | | | | | | | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: stacjonarny/komórkowy | | | |  | | | |  | | | | | | |
| Adres e-mail | | | |  | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie | Brak wykształcenia | | | | | | | | | |  | | | |
| Podstawowe | | | | | | | | | |  | | | |
| Gimnazjalne | | | | | | | | | |  | | | |
| Ponadgimnazjalne | | | | | Liceum | | | | |  | | | |
| Technikum | | | | |  | | | |
| Szkoła Zawodowa/szkoła branżowa | | | | |  | | | |
| Policealne | | | | | | | | | |  | | | |
| Wyższe | | | | | | | | | |  | | | |
| Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Bezrobotny | | | | | STATUS | | | | | TAK | | | |
| Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędupracy | | | | | Długotrwale Inne bezrobotny | | | |
| Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędu pracy | | | | |  | | | |
| Osoba bierna zawodowo | | | | | Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | |  | | | |
| Osoba ucząca się | | | | |  | | | |
| inna | | | | |  | | | |
| Osoba pracująca | | | | | Tak |  | | | | Nie | |  | |
| Miejsce zatrudnienia | | | | | Osoba pracująca w administracji rządowej | | | | |  | | | |
| Osoba pracująca w administracji samorządowej | | | | |  | | | |
| Osoba pracująca w MMŚP (Małe, Mikro, Średnie Przedsiębiorstwo) | | | | |  | | | |
| Osoba pracująca w organizacji pozarządowej | | | | |  | | | |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek | | | | |  | | | |
| Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | |  | | | |
| Inne | | | | |  | | | |
| Wykonywany zawód | | | | | instruktor praktycznej nauki zawodu | | | | |  | | | |
| nauczyciel kształcenia ogólnego | | | | |  | | | |
| nauczyciel wychowania przedszkolnego | | | | |  | | | |
| nauczyciel kształcenia zawodowego | | | | |  | | | |
| pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia | | | | |  | | | |
| kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej | | | | |  | | | |
| pracownik instytucji rynku pracy | | | | |  | | | |
| pracownik instytucji szkolnictwa wyższego | | | | |  | | | |
| pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | | | | |  | | | |
| pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej | | | | |  | | | |
| pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej | | | | |  | | | |
| rolnik | | | | |  | | | |
| Inny wykonywany zawód | | | | | …………………. | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | Szczególna sytuacja uczestnika projektu | | | | | STATUS | | | | | TAK | | | NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (*brak zaznaczenia jakiejkolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji*) | | | | |  | | |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania | | | | |  | | |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami *(brak zaznaczenia jakiejkolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji)* | | | | |  | | |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (*brak zaznaczenia jakiejkolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji*) | | | | |  | | |  |
| Przynależność uczestnika do grupy docelowej | Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | | | | | GRUPA DOCELOWA | | | | | TAK | | | |
| 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, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym | | | | |  | | | |
| 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 | | | | |  | | | |
| 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 | | | | |  | | | |
| Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty | | | | |  | | | |
| Osoby z niepełnosprawnością – 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; | | | | |  | | | |
| Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; | | | | |  | | | |
| Osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy | | | | |  | | | |
| osoby niesamodzielne | | | | |  | | | |
| Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych  w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 | | | | |  | | | |
| Osoby korzystające z PO Pomoc Żywnościowa | | | | |  | | | |
| Przynależność uczestnika do grupy docelowej | Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | | | | | Osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższegośrodowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | | | | |  | | | |
| Osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej | | | | |  | | | |
| Osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego | | | | |  | | | |
| Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych | W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności, prosimy o podanie takiej informacji podczas zgłoszenia, celem odpowiedniego przygotowania miejsca spotkania.  ……………………………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Załączam dokumenty: | | | | | | | | | |  | | | | |
| ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH STATUS UCZESTNIKA/PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY: | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nazwa dokumentu | | | | | | | | Data dokumentu | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  |  | | | | | | | |  | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA :** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297§ 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137) ***oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu objętego grantem w ramach Projektu grantowego LGD „Projekty grantowe Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Dorzecza Zgłowiączki w ramach osi 11”*** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym; znane mi sa skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137) | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/ła w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w *Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem*. | | | | | | | | | | | | | | |

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

*Miejscowość i Data Czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego*

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: …………………………………………………..

DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: …………………………………………………..

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - *Kodeks cywilny* (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-2)