



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „CENTRUM ROZWOJU POTENCJAŁU ZAWODOWEGO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI”.

Formularz zgłoszeniowy

Projekt nr WND-POWR.01.05.01-00-0021/20

pt. „CENTRUM ROZWOJU POTENCJAŁU ZAWODOWEGO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI”
współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

Dane uczestnika	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Numer PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wiek w latach	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
Dane adresowo/kontaktowe – miejsce zamieszkania (w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)	
Województwo	<input type="checkbox"/> kujawsko-pomorskie <input type="checkbox"/> pomorskie, <input type="checkbox"/> warmińsko-mazurskie <input type="checkbox"/> zachodniopomorskie
Powiat	
Gmina	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
Pełen adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)	



Numer telefonu do kontaktu			
Adres e-mail			
Dane korespondencyjne (jeśli inne niż miejsce zamieszkania)			
Województwo			
Powiat		Gmina	
Pełen adres zamieszkania (ulica, numer, kod pocztowy, miejscowość)			
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna ¹ niezarejestrowana w urzędzie pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna ² <i>(pola należy zostawić puste, w przypadku zaznaczenia „bierną zawodowo” poniżej)</i>		
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy³ w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <i>(pola należy zostawić puste, w przypadku zaznaczenia „bierną zawodowo” poniżej)</i>		
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ⁴ tj. nie jestem/jestem gotowy/a do podjęcia pracy i nie poszukuję/poszukuję aktywnie zatrudnienia w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		
Jestem właścicielem lub posiadaczem samoistnym lub zależnym nieruchomości rolnej , lub domownikiem,	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak - jednocześnie: <input type="checkbox"/> spełniam definicję osoby bezrobotnej określonej w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji		

¹ osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, osób 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. W związku z tym, należy ją traktować, jako osobę bezrobotną

² osoba długotrwale bezrobotna – definicja pojęcia „długotrwale bezrobotna” różni się w zależności od wieku: młodzież (<25 lat) – osoba jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy), dorośli (25 lat lub więcej) – osoba jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Wiek uczestnika projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.

³ należy przedłożyć odpowiedni dokument potwierdzający tj. Zaświadczenie o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej

⁴ osoba bierna zawodowo – osobę, 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).



<p>podlegającym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu stałej pracy w gospodarstwie rolnym.</p>	<p>zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2021 r., poz. 1100, 1162, 1621, ze zm.). <input type="checkbox"/> nie spełniam definicji osoby bezrobotnej określonej w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2021 r., poz. 1100, 1162, 1621, ze zm.).</p>
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>
<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osoba z niepełnosprawnościami⁵ *należy przedłożyć odpowiedni dokument potwierdzający</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>
<p>*Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm), lub orzeczenie albo inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685). Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej może być w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.</p>	
<p>W przypadku osoby z niepełnosprawnością proszę określić, jakie są Pana/Pani specjalne potrzeby lub wymagania wynikające z niepełnosprawności, a związane z udziałem w Projekcie</p>	<p>.....</p>

⁵ Za „osoby z niepełnosprawnościami” uznaje się adresatów wsparcia w ramach projektów współfinansowanych z Działania 1.5 PO WER 2014-2020 tj. osoby spełniające wymogi ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (zgodnie z Wytycznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014 – 2020). Osoby z niepełnosprawnościami 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. Tj. osoby z niepełnosprawnościami w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z późn. zm, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego z późn. zm.



<p>(jeśli dotyczy)</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
Sprawuję opiekę nad dzieckiem lub dziećmi do lat 7 oraz osobami zależnymi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Pytania dodatkowe		
Jestem byłym Uczestnikiem/czką projektu z zakresu włączenia społecznego realizowanego w ramach celu tematycznego 9 w RPO.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Otrzymuje OBECNIE wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji zawodowej dofinansowanym ze środków EFS. (Otrzymywanie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji zawodowej dofinansowanym ze środków EFS WYKLUCZA możliwość uczestnictwa w niniejszym projekcie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Jestem osobą niepracującą (bezrobotnym/biernym zawodowo), co potwierdzam zaświadczeniem z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o braku odprowadzenia składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne wg stanu na dzień rozpoczęcia udziału w projekcie (rozumianego, jako dzień rekrutacji, a nie dzień udzielenia pierwszej formy wsparcia). (Osoby, które nie potwierdzą swojego statusu na rynku pracy lub których status będzie wskazywał, iż nie spełniają kryteriów kwalifikowalności, nie będą mogły brać udziału w projekcie).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	

Oświadczenia, Ja niżej podpisany/a:

- Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „CENTRUM ROZWOJU POTENCJAŁU ZAWODOWEGO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI”.
- Oświadczam, że spełniam wymogi określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „CENTRUM ROZWOJU POTENCJAŁU ZAWODOWEGO OSÓB



- Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**”, w szczególności jestem osobą z niepełnosprawnością powyżej 18 roku życia, pozostającą bez zatrudnienia, zamieszkałą w rozumieniu KC na obszarze jednego z województw tj. pomorskiego lub zachodniopomorskiego lub kujawsko-pomorskiego lub warmińsko-mazurskiego. **(zgodnie z Art. 25 Kodeksu cywilnego, który stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”)**.
3. Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję i wyrażam wolę udziału w procesie rekrutacji do projektu a po zakwalifikowaniu się dobrowolnie deklaruję i wyrażam wolę udziału w projekcie **WND-POWR.01.05.01-00-0021/20 pt., CENTRUM ROZWOJU POTENCJAŁU ZAWODOWEGO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**”.
 4. Oświadczam, że najpóźniej w dniu pierwszej formy wsparcia, zobowiązuję się podpisać umowę uczestnictwa w projekcie i uczestniczyć we wszystkich formach wsparcia w ramach projektu, które zostaną zaplanowane dla mojej osoby.
 5. Oświadczam, że jestem zdolny/a do odbycia stażu przyuczającego do pracy w zawodzie/podjęcia zatrudnienia po zakończeniu udziału w projekcie.
 6. Oświadczam, że w sytuacji zakończenia udziału w projekcie lub przerwania udziału w projekcie wcześniej, niż uprzednio było to planowane z powodu podjęcia pracy, dostarczę dokumenty potwierdzające podjęcie pracy do trzech miesięcy od wystąpienia sytuacji, o ile podejmę pracę **(kopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub aktualny wypis z CEIDG)**.
 7. **Zobowiązuję się do przekazania informacji na temat mojej sytuacji na rynku pracy do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie.**
 8. **Jeżeli po zakończeniu udziału w projekcie utrzymam zatrudnienie przez 3 miesiące zobowiązuję się do dostarczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym miną 3 miesiące utrzymania zatrudnienia Zaświadczenia od pracodawcy/ów o utrzymaniu w zatrudnieniu przez 3 miesiące lub świadectwa pracy potwierdzające zatrudnienie, przez co najmniej 3 miesiące, a w przypadku ustania zatrudnienia dostarczę kopię świadectwa pracy lub zaświadczenia od pracodawcy/ów, dla prowadzących działalność gospodarczą aktualny wypis z CEIDG.**
 9. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014-2020, Oś priorytetowa I. Rynek pracy otwarty dla wszystkich, Działanie 1.5 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami, Poddziałanie 1.5.1 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami – Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej. Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
 10. **Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jednocześnie zostałem/am poinformowany/a iż informacje które podałem/am 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.**

Data

Czytelny podpis Kandydata/ki