

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej, Europejski Fundusz Społeczny, Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa RPKP.09.00.00 Solidarne Społeczeństwo, Działanie RPKP.09.03.00 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych

***Formularz rekrutacyjny***

Projekt pt.: „**Dzienny Dom Pobytu w Gminie Łubianka**”, nr projektu: RPKP.09.03.02-IŻ.00-04-118/17 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łubiance w okresie od 2017-11-01 do 2019-10-31

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu Formularza do biura projektu**: |  |
| **Numer ewidencyjny:** |  |
| **Czytelny podpis os. przyjmującej formularz:** |  |
| ***(wypełnia Beneficjent)*** | |

1. **Dane personalne potencjalnego Uczestnika projektu**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię/Imiona:** |  | | | | |
| **Nazwisko:** |  | | | | |
| **Nazwisko rodowe** *(jeśli dotyczy)***:** |  | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia:** |  | | | | |
| **PESEL:** |  | | | | |
| **NIP:** |  | | | | |
| **Seria i numer dowodu osobistego:** |  | **wydany przez:** | | |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  | | | | |
| **Adres e-mail:** |  | | | | |
| **Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1):** |  | | | | |
| **Ulica:** |  | | | | |
| **Nr domu:** |  | | **Nr lokalu:** |  | |
| **Kod pocztowy:** |  | | **Miejscowość:** |  | |
| **Gmina:** |  | | **Powiat:** |  | |
| **Województwo:** |  | | | | |

**II Jestem osobą** *(proszę skreślić X właściwe pola )*:

□ niesamodzielną,

□ samotną,

□ posiadającą dochody miesięczne na osobę w rodzinie ………….. zł./netto,

□ zamieszkuję wspólnie z osobą nieaktywną zawodowo, która mogłaby wziąć udział w szkoleniach dla opiekunów,

□ wykluczoną społecznie / zagrożoną wykluczeniem społecznym,

**III Deklaruję udział w zajęciach**: *(proszę skreślić X właściwe pole )*

□ 2 razy w tygodniu □ 3 razy w tygodniu □ 5 razy w tygodniu

**IV Aktualny status zawodowy potencjalnego Uczestnika projektu.**

**Oświadczam, że (zaznaczyć „x”):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Jestem osobą bezrobotną** | **€ Tak**  **€ Nie** | |
|  | **Ponadto należę do jednej z poniższych grup:** | | |
| **2.** | **- osoby w wieku 50 lat i więcej,** | **€ Tak**  **€ Nie** | |
| **3.** | **- kobiety,** | **€ Tak**  **€ Nie** | |
| **4.** | **- osoby z niepełnosprawnościami[[2]](#footnote-2),** | **€ Tak**  **€ Nie** | |
| **5.** | **- osoby długotrwale bezrobotne[[3]](#footnote-3),** | **€ Tak**  **€ Nie** | |
| **6.** | **- osoby o niskich kwalifikacjach[[4]](#footnote-4)** *(należy zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)***,** | **€ Tak** *(jeśli zaznaczono punkt z listy poniżej)* | **€ Nie** *(jeśli zaznaczono punkt z listy poniżej)* |
| **€ Brak** (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 | **€ Policealne** (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 |

**V Status kandydatki/kandydata w chwili przystąpienia do projektu**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń nie jest obowiązkowe i nie powoduje ograniczenia dostępu do udziału w projekcie.** | | | | | | | |
| 1. | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: | **€** Tak | | **€** Nie | | **€** Odmowa udzielenia informacji | |
| 2. | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: | **€** Tak | | | **€** Nie | | |
| 3. | Osoba z niepełnosprawnościami: | **€** Tak | | **€** Nie | | **€** Odmowa udzielenia informacji | |
| Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy): | | **€** Znaczny | **€** Umiarko-wany | | **€** Lekki | | **€** Nie dotyczy |
| 4. | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących: | **€** Tak | | | **€** Nie | | |
| w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (jeśli dotyczy): | | **€** Tak | | | **€** Nie | | |
| 5. | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu: | **€** Tak | | | **€** Nie | | |
| 6. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej w punktach 1-5): | **€** Tak | | **€** Nie | | **€** Odmowa udzielenia informacji | |

**VI Oświadczenia.**

|  |
| --- |
| ***OŚWIADCZENIA*** |
| Ja niżej podpisany/a...................................................................................................................................................  (imię i nazwisko)  zamieszkały/a.............................................................................................................................................................  (adres zamieszkania)  legitymujący/a się dowodem osobistym ....................................................................................................................  (seria i nr dowodu osobistego)  wydanym przez ...........................................................................................................................................................  **Pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** |
| ***W wierszach poniżej należy wykreślić niewłaściwą odpowiedź*** |
| 1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych. |
| 1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu rekrutacyjnym zgodnie z art. 6 ust. 1 lit c, e oraz art. 9 ust. 2 lit. b Rozporządzenia 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 z dnia 27 kwietnia 2016 r. przez Beneficjenta do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020. Moja zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania. |
| 1. Oświadczam, że świadomy/-a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłem/-am karany/-a za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne. |
| 1. Oświadczam, że nie korzystam równolegle z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków przyznawanych w ramach PROW 2014-2020 przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z podjęciem oraz prowadzeniem działalności gospodarczej. Otrzymane dofinansowanie nie stanowi wkładu własnego w innych projektach. |
| 1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z *Regulaminem rekrutacji Uczestników* i akceptuję jego warunki. |
| 1. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w *Regulaminie rekrutacji Uczestników* i *Formularzu rekrutacyjnym* jestem uprawniony/-a do uczestnictwaw projekcie. |
| 1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie korespondencji dotyczącej projektu na adres korespondencyjny podany w *Formularzu rekrutacyjnym*. |
| 1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. |
| ………………………………………. ………………………………………………….  (miejscowość, data) ( podpis potencjalnego uczestnika projektu ) |

**V. Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie *(wypełnia Beneficjent).***

|  |
| --- |
| Kandydat spełnia/nie spełnia[[5]](#footnote-5) wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie. |
| Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny:  …………………………………………………………………..………………………………………………. |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Weryfikacja złożonych dokumentów *(wypełnia Beneficjent*).** | | |
| **1.** | **Załącznik nr 1:** Oświadczenieo miejscu zamieszkania na obszarze realizacji projektu *(obowiązkowe dla wszystkich kandydatów)*. | **€ Tak**  **€ Nie** |
| **2.** | **Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności** lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność – *załącznik dołączany przez osoby z niepełnosprawnościami*. | **€ Tak**  **€ Nie** |
| **3.** | **Zaświadczenie z PUP/MUP potwierdzające status na rynku pracy** – dla osób bezrobotnych (w tym długotrwale bezrobotnych) zarejestrowanych w PUP/MUP. | **€ Tak**  **€ Nie** |

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020* **osoby z niepełnosprawnościami** to osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.). [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020* **osoby długotrwale bezrobotne** to - w przypadku dorosłych (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie. [↑](#footnote-ref-3)
4. Zgodnie ze Wspólną Listą Wskaźników Kluczowych 2014-2020 – EFS, stanowiącą Załącznik nr 2 do Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020: **osoby o niskich kwalifikacjach** to osoby posiadające **wykształcenie na poziomie do ISCED 3 włącznie**.

   **ISCED 3**: wykształcenie ponadgimnazjalne: ma na celu uzupełnienie wykształcenia średniego i przygotowanie do podjęcia studiów wyższych lub umożliwienie osobom uczącym się nabycia umiejętności istotnych dla podjęcia zatrudnienia. Uczniowie przystępują do nauki na tym poziomie zwykle pomiędzy 15 a 16 rokiem życia. Programy na poziomie ISCED 3 z reguły kończą się 12 lub 13 lat po rozpoczęciu nauki na poziomie ISCED 1 (lub mniej więcej w wieku 18 lat), przy czym najczęściej jest to okres 12 lat. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić. [↑](#footnote-ref-5)