

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA				
IMIĘ (IMIONA)				
NAZWISKO				
DATA URODZENIA		WIEK (w latach)		
MIEJSCE URODZENIA				
PESEL		PŁEĆ		
ADRES ZAMIESZKANIA	Województwo			
	Powiat		Gmina	
	Miejscowość			
	Ulica			
	Nr domu		Nr lokalu	
	Kod pocztowy			
TELEFON KONTAKTOWY				
ADRES E-MAIL				
WYKSZTAŁCENIE (zaznacz „X” w odpowiednim polu)		brak		
		podstawowe		
		gimnazjalne		
		ponadgimnazjalne	wykształcenie średnie <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/>	
		pomaturalne (osoby, które ukończyły szkołę policealną, ale nie ukończyły studiów wyższych)		
		wyższe (studia ukończone)		

„Kwalifikacje w zawodach deficytowych szansą na nowy start dla nieaktywnych zawodowo wielkopolskich osób niepełnosprawnych z grupy wiekowej 30+”



### STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY

<b>OSOBA BEZROBOTNA zarejestrowana w ewidencji Urzędów Pracy:</b> <i>- osoba, która należy do I lub II profilu pomocy tzw. bezrobotni aktywni lub tzw. wymagający wsparcia w rozumieniu art. 33 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy.                      -zgodnie z definicją określoną na podstawie Wytycznych KE dot. monitorowania i ewaluacji EFS 2014-2020</i>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
<b>OSOBA BEZROBOTNA niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> <i>- osoba, pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy. Nie zalicza się tu studentów.</i>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
<b>OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA:</b> <i>-osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (&gt;12 miesięcy)</i>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
<b>OSOBA BIERNIA ZAWODOWO</b> <i>osoba która nie pracuje i która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni<sup>1</sup></i>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

### AKTUALNY STATUS UCZESTNIKA (wpisać TAK,NIE lub Odmowa podania danych\*)

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec)*	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym <sup>2</sup> bez osób pracujących (Gospodarstwo domowe, w którym żaden człowiek nie pracuje. Wszyscy członkowie gosp. domowego są bezrobotni albo bierni zawodowo).	
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.)	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) - wpisać w jakiej*	
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>3</sup> (osoba z orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)	
Stopień niepełnosprawności (proszę wpisać grupę)	

Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia .....

Miejscowość

.....  
czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

<sup>1</sup> Osoby będą ce 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), uznawane są za biernie zawodowo, chyba że są już zarejestrowane jako bezrobotne.

<sup>2</sup> Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem i wspólnie prowadząca dom.

<sup>3</sup> Osoby z niepełnosprawnościami - osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997 nr 123, poz. 776), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535).

„Kwalifikacje w zawodach deficytowych szansą na nowy start dla nieaktywnych zawodowo wielkopolskich osób niepełnosprawnych z grupy wiekowej 30+”

Beneficjent:  Kontraktor



## OŚWIADCZENIA

Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą **OŚWIADCZAM, iż:**

		TAK	NIE
1.	<b>JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ</b>		
2.	<b>ZAMIESZKUJĘ ZGODNIE Z KC NA TERENIE WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO</b>		
3.	<b>MÓJ STAN ZDROWIA POZWALA NA PODJĘCIE PRACY</b>		
4.	<b>SPRAWUJĘ OPIEKĘ NAD DZIEĆMI DO LAT 7 LUB NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ<sup>4</sup></b>		

### DANE DO UMOWY SZKOLENIOWEJ/STAŻOWEJ

SERIA i NR dowodu osobistego:	
Dowód osobisty wystawiony przez:	
Adres Urzędu Skarbowego:	
NR KONTA BANKOWEGO	- - - - -

### Ponadto oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kwalifikacje w zawodach deficytowych szansą na nowy start dla nieaktywnych zawodowo wielkopolskich osób niepełnosprawnych z grupy wiekowej 30+”, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu i spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie;
- zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z rekrutacją (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883));
- oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania;
- w przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu;
- zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia;
- oświadczam, że w przypadku podjęcia pracy lub założenia działalności gospodarczej zobowiązuję się do dostarczenia w terminie 7 dni od daty podjęcia pracy lub założenia działalności gospodarczej informacji do Biura projektu w jednej z niżej wymienionych form: kserokopii umowy lub zaświadczenia od pracodawcy, kserokopii wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczych.

\_\_\_\_\_

Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

....., dnia .....

Miejscowość

.....

czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu

Załączniki:

1. Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności.
2. Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna lub długotrwale bezrobotna (jeśli dotyczy).

<sup>4</sup> **Sprawowanie opieki** – opieka nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną, zgodnie z definicją zawartą w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy

„Kwalifikacje w zawodach deficytowych szansą na nowy start dla nieaktywnych zawodowo wielkopolskich osób niepełnosprawnych z grupy wiekowej 30+”

Beneficjent:  **Kontraktor**