



Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji

Formularz rekrutacji do projektu

„Rozwój Zakładu Aktywności Zawodowej w Kamieniu Pomorskim - „Usługi noclegowe”

(RPZP.07.02.00-32-K003/19-00)

Informacje wypełniane przez PSONI Koło w Kamieniu Pomorskim	
Data i godzina przyjęcia formularza	
Numer formularza/Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

DANE KANDYDATKI / KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Lp.	Nazwa	
1.	Kraj	Polska
2.	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	
6.	Płeć	



7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	
8.	Województwo		
9.	Powiat		
10.	Gmina		
11.	Miejscowość		
12.	Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> miasto	<input type="checkbox"/> wieś
13.	Ulica		
14.	Nr budynku		
15.	Nr lokalu		
16.	Kod pocztowy		
17.	Telefon kontaktowy		
18.	Adres e-mail		
19.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się	



		<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba pracująca: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Wykonywany zawód	
	Osoba zatrudniona w (miejsce zatrudnienia)	
20.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
21.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
22.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym: Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu znacznym Symbol przyczyny niepełnosprawności: Data ważności orzeczenia:
23.	Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



24.	Osoba z niedosłuchem lub niesłysząca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
25.	Osoba niedowidząca lub niewidoma	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
26.	Osoba z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
27.	Osoba z autyzmem lub zespołem Aspergera	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
28.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
29.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
30.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
31.	Dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
32.	Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie – dane zawarte	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



	w formularzu zgłoszeniowym jak i w załącznikach są na dzień dzisiejszy aktualne	
33.	Ubezpieczeniowanie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWE <input type="checkbox"/> CAŁKOWITE <input type="checkbox"/> NIE

Dodatkowe kryteria rekrutacji					Liczba punktów
1.	Miejsce zamieszkania	Miasto		Wieś	
2.	Wykształcenie (w przypadku wykształcenia specjalnego oznaczyć literą S)	Brak	Podstawowe	Gimnazjalne	Ponadgimnazjalne / Średnie / Zawodowe
3.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<p>jestem osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej,</p> <p>z powodu:</p> <p>1) ubóstwa;</p> <p>2) sieroctwa;</p> <p>3) bezdomności;</p> <p>4) bezrobocia;</p>			



		<p>5) niepełnosprawności;</p> <p>6) długotrwałej lub ciężkiej choroby;</p> <p>7) przemocy w rodzinie;</p> <p>7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</p> <p>8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</p> <p>9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</p> <p>10) (uchylony)</p> <p>11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 <i>przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną</i> ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;</p> <p>12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</p> <p>13) alkoholizmu lub narkomanii;</p> <p>14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</p> <p>15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.</p>	
4.	Symbol niepełnosprawności		
SUMA PUNKTÓW			

Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną)		
Imię i Nazwisko		
Miejscowość		
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś



Ulica, nr domu / lokalu	
Kod pocztowy	
Województwo	
Powiat/ Gmina	
Telefon	



OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub składania fałszywych oświadczeń, oświadczam że:

- dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Rozwój Zakładu Aktywności Zawodowej w Kamieniu Pomorskim - „Usługi noclegowe”
- zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do projektu pn. „Rozwój Zakładu Aktywności Zawodowej w Kamieniu Pomorskim - „Usługi noclegowe” oraz akceptuję jego warunki,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie swoich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym do projektu „Rozwój Zakładu Aktywności Zawodowej w Kamieniu Pomorskim - „Usługi noclegowe” (RPZP.07.02.00-32-K003/19-00) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Wnioskodawcy z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie,
- udzielam Wnioskodawcy prawa do nieodpłatnego wielokrotnego, wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Wnioskodawcę działalnością i celami projektu pn. „Rozwój Zakładu Aktywności Zawodowej w Kamieniu Pomorskim - „Usługi noclegowe”, (zgoda wydawana jest bezterminowo),
- zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII; Działanie 7.2 „Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno – zawodowej”.

.....
(data i czytelny podpis kandydata/ki)

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	

.....
(pieczęć i podpis koordynatora projektu)