



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

(załącznik nr 1 do Regulaminu projektu)

do projektu „**POSTAW NA AKTYWNOŚĆ!**”, NR RPMA.09.01.00-14-G959/20

realizowanego przez HN Partners Kamil Hańczkiewicz Adrian Nowak Spółka Cywilna w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na Lata 2014-2020 (Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu)

UWAGA!

Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, w miarę możliwości drukowanymi literami lub komputerowo (we wszystkich wskazanych miejscach).

Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć:

- orzeczenie o niepełnosprawności/zaświadczenie/opinia lub inne dokumenty poświadczające stan zdrowia (w przypadku osób z niepełnosprawnością),
- zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (dla osób biernych zawodowo lub bezrobotnych niezarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy),
- zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy),
- zaświadczenie o korzystaniu ze świadczeń OPS/PCPR lub dokumenty wewnętrzne OPS/PCPR lub oświadczenie Uczestnika, że kwalifikuje się do objęcia wsparciem pomocy społecznej (dla osób korzystających ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikujących się do objęcia wsparciem pomocy społecznej)

Dane osobowe	Imię /Imiona										
	Nazwisko										
	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna				
	Numer PESEL										
	Data urodzenia										
	Miejsce urodzenia										
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe, niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia ISCED 0)					<input type="checkbox"/> podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej-ISCED 1)				
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej ISCED 2)					<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej ISCED 3)					



		<input type="checkbox"/> policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym, niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym ISCED 4)	<input type="checkbox"/> wyższe (pełne i ukończone wykształceniem na poziomie wyższym ISCED 5)
Dane kontaktowe (adres zamieszkania wg Kodeksu cywilnego¹)	Ulica		
	Numer domu		
	Numer lokalu		
	Miejscowość		
	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski (obszar położony w granicach administracyjnych miast)	<input type="checkbox"/> wiejski (obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska – leżąca poza miastem – gminy miejsko-wiejskiej)
	Kod pocztowy		
	Województwo		
	Powiat		
	Telefon		
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Dane dodatkowe	Jestem osobą bierną zawodowo.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Jestem osobą bezrobotną	zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
		niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zamieszkuję zgodnie z Kodeksem Cywilnym ¹ na obszarze gminy: Garbatka-Letnisko, Magnuszew – w powiecie kozienickim, Chotcza, Cielmów, Lipsko (miasto i wieś) – w powiecie lipskim, Borkowice, Odrzywół, Przysucha (miasto i wieś), Rusinów, Wieniawa – w powiecie przysuskim, Gózd, Iłża (miasto i wieś), Jedlnia-Letnisko, Przytyk, Skaryszew (miasto i wieś), Wierzbiąca, Wolanów – w powiecie radomskim oraz Chlewiska, Jastrząb, Mirów, Orońsko, Szydłowiec (miasto i wieś) – w powiecie szydłowieckim województwa mazowieckiego. <i>(W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” kandydat/ka nie może zostać zakwalifikowany/a do udziału w projekcie)</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



<p>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12 marca 2004 r. <i>(w przypadku zaznaczenia odpowiedzi „NIE” kandydat/ka nie może zostać zakwalifikowany/a do udziału w projekcie)</i></p>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej</p>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Jestem osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej</p>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia ²</p>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020</p>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Jestem osobą zamieszkującą obszar objęty lokalnym programem rewitalizacji gm. Lipsko.</p>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p>Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością?³</p>	<input type="checkbox"/> tak	<p>W tym:</p> <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnością w stopniu lekkim, <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnością w stopniu umiarkowanym lub znacznym, <input type="checkbox"/> z niepełnosprawnością sprzężoną lub z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną /całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.
	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	

² Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia – osoba, spełniająca przynajmniej dwa z wymienionych kryteriów: osoba potrzebująca pomocy w codziennym funkcjonowaniu; osoba bezdomna lub wykluczona z dostępu do mieszkań; osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej lub członek rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa; osoba odbywająca karę pozbawienia wolności; osoba przebywająca w pieczy zastępczej/opuszczająca pieczę zastępczą/członek rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; osoba z niepełnosprawnościami, o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną lub intelektualną; członek gospodarstwa domowego, w którym sprawuje się opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, a min. jedna osoba nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; osoba z zaburzeniami psychicznymi, bądź z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi; osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej (spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej);

³ Osoby z niepełnosprawnością - 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);



	Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
	Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Czy jest Pan/Pani w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej, niż wymienione powyżej): - osobą pochodzącą z terenów wiejskich (DEGURBA 3), - osobą z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (niższe niż podstawowe), która ukończyła wiek pozwalający na zdobycie wykształcenia na poziomie ISCED 1, - byłym więźniem, - narkomanem?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:

1. Jestem osobą uprawnioną do udziału w projekcie, spełniającą kryteria grupy docelowej wskazane w § 1 pkt 5 Regulaminu projektu pt.: „Postaw na aktywność!”, nr RPMA.09.01.00-14-g959/20 z 1 września 2022 r.
2. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Postaw na aktywność!”, nr RPMA.09.01.00-14-g959/20 i wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
3. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie projektu z dnia 1 września 2022 r. i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora projektu o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane dodatkowe - status osoby na rynku pracy).
4. Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Oświadczam, że nie korzystam równoległe z innych środków publicznych, w tym zwłaszcza ze środków Funduszu Pracy, PFRON oraz środków przyznawanych w ramach PROW 2014-2020 i RPMA 2014+, przeznaczonych na pokrycie tych samych wydatków związanych z uczestnictwem w projekcie „Postaw na aktywność!”.
6. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
7. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia w projekcie mogą odbywać się w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.



8. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu doradczym i szkoleniowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie realizatora projektu oraz, że nie przerwę uczestnictwa w projekcie bez ważnych powodów.
9. W przypadku rezygnacji z udziału w projekcie zobowiązuję się do zwrotu wszelkich kosztów poniesionych przez realizatora projektu, związanych z moim uczestnictwem.
10. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społecznej i efektywności zatrudnieniowej do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.
11. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę realizatorowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
12. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
13. Zostałem/em poinformowany przez realizatora projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
14. Wyrażam zgodę na wypełnienie ankiet, kwestionariuszy wywiadu oraz innych dokumentów sprawozdawczych w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie oraz na udziału w badaniach ewaluacyjnych.
15. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
16. W związku z przystąpieniem do projektu „Postaw na aktywność!” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

DEKLARACJA

Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie „Postaw na aktywność!”, nr RPMA.09.01.00-14-g959/20.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika