

Załącznik nr 1a do Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie pt. „Dla dobra wspólnego”

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn. „Dla dobra wspólnego” – Umowa nr *RPKP.09.03.02-04-0024/20* dofinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej RPKP.09.00.00 Solidarne społeczeństwo, Działania RPKP.09.03.00 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałania RPKP.09.03.02 Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020

<b>Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie w ramach wsparcia</b>	<input type="checkbox"/> usługi opiekuńcze	
	<input type="checkbox"/> Klub Seniora	
<b>Dane podstawowe</b>	1	Imię:
	2	Nazwisko:
	3	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"/> <input type="text"/>
	4	Data i miejsce urodzenia:
	5	Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów:
<b>Dane dodatkowe</b>	6	Wykształcenie: podstawowe <input type="checkbox"/> / gimnazjalne <input type="checkbox"/> / ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> / pomaturalane <input type="checkbox"/> / wyższe <input type="checkbox"/>
	7	Płeć: kobieta <input type="checkbox"/> / mężczyzna <input type="checkbox"/>
	8	Wiek w chwili przystępowania do projektu .....
<b>Adres zamieszkania</b>	9	Kraj:
	10	Województwo:
	11	Powiat:
	12	Gmina:
	13	Kod pocztowy:
	14	Miejscowość:
	15	Obszar: miasto <input type="checkbox"/> / wieś <input type="checkbox"/>
	16	Ulica:
	17	Nr domu:
	18	Nr lokalu:



<b>Dane kontaktowe</b>	19	Telefon kontaktowy:
	20	Adres poczty elektronicznej:
<b>Dane o zatrudnieniu</b>	21	<p>Nie jestem osobą pracującą - <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• jestem osobą bezrobotną: zarejestrowaną Urzędzie Pracy - <input type="checkbox"/> nie zarejestrowaną Urzędzie Prac) - <input type="checkbox"/></li> <li>• jestem osobą długotrwale bezrobotną- <input type="checkbox"/></li> <li>• jestem osobą bierną zawodowo - <input type="checkbox"/> nieuczestniczącą w kształceniu (m.in. emeryt, rencista) - <input type="checkbox"/> uczącą się - <input type="checkbox"/></li> </ul>
	22	<p>Jestem osobą pracującą - <input type="checkbox"/></p> <p>zatrudnioną w :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• administracji rządowej - <input type="checkbox"/></li> <li>• administracji samorządowej - <input type="checkbox"/></li> <li>• dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników) - <input type="checkbox"/></li> <li>• mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników) - <input type="checkbox"/></li> <li>• małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) - <input type="checkbox"/></li> <li>• średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) - <input type="checkbox"/></li> <li>• organizacji pozarządowej - <input type="checkbox"/></li> </ul> <p>Jestem osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą - <input type="checkbox"/></p> <p>Jestem rolnikiem - <input type="checkbox"/></p>
	23	<p>Wykonywany zawód:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Nazwa zakładu pracy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Adres zakładu pracy:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>tel. kontaktowy do zakładu pracy:</p>
<b>Dodatkowe dane</b>	24	<p>Jestem osobą niepełnosprawną</p> <p>TAK <input type="checkbox"/>      NIE <input type="checkbox"/>      ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/></p>



		<p>W przypadku wyboru odpowiedzi TAK, proszę wskazać stopień niepełnosprawności, symbol przyczyny niepełnosprawności oraz okres wydania orzeczenia</p> <p>.....</p>
	25	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p> <p>TAK <input type="checkbox"/>      NIE <input type="checkbox"/>      ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/></p>
	26	<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p>TAK <input type="checkbox"/>      NIE <input type="checkbox"/></p>
	27	<p>Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione)</p> <p>TAK <input type="checkbox"/>      NIE <input type="checkbox"/>      ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/></p>
<b>Przynależność do grup docelowej zgodnie z RPO WP 2014-2020</b>	28	<p>Jestem osobą należącą do jednej z niżej wymienionych grup:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seniorzy - <input type="checkbox"/></li> <li>• osoby z niepełnosprawnością – 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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020 - <input type="checkbox"/></li> <li>• osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - <input type="checkbox"/></li> <li>• Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną (u których stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności) oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowym - <input type="checkbox"/></li> <li>• osoby z chorobami przewlekłymi - <input type="checkbox"/></li> <li>• osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - <input type="checkbox"/></li> <li>• osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego zgodnie z art. 8 i 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - <input type="checkbox"/></li> <li>• osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa - <input type="checkbox"/></li> </ul>



Ja niżej podpisany / podpisana:

1. Wyrażam zgodę na poddanie się ocenie sytuacji osobistej w oparciu o dane źródłowe Ośrodków Pomocy Społecznej z terenów objętych wsparciem oraz wzięcie udziału w wywiadzie z pracownikiem socjalnym. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie.
2. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie jestem zobowiązany do okazania dokumentów potwierdzających informację zawartą w ankiecie.
3. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie akceptuję jego postanowienia oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do wzięcia udziału w niniejszym projekcie.
4. Upředzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Dla dobra wspólnego” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem 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 (RODO).

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis składającego formularz