**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „Podjęcie zatrudnienia – razem zrobimy pierwszy krok”** współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **LIDER PROJEKTU** | **Ego Magis spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,**  **ul. Ludwiga van Beethovena 10, 58-300 Wałbrzych** | |
| **PARTNER PROJEKTU** | **Fundacja „Razem” ul. Ludwiga van Beethovena 1-2, 58-300 Wałbrzych** | |
| **TYTUŁ PROJEKTU/NR PROJEKTU** | | **„Podjęcie zatrudnienia – razem zrobimy pierwszy krok”,**  **RPDS.09.01.01-02-0215/20** |
| **OŚ PRIORYTETOWA** | | **9 – Włączenie społeczne** |
| **DZIAŁANIE RPO WD**  **2014-2020 / PODDZIAŁANIE** | | **9.1. Aktywna integracja**  **9.1.1 Aktywna integracja-konkursy horyzontalne** |
| **DATA I GODZINA PRZYJĘCIA FORMULARZA** | |  |
| **PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ FORMULARZ** | |  |
| **NUMER FORMULARZA** | |  |

**UWAGA:**

**1. Formularz rekrutacyjny do projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.**

**2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.**

**3. Każde pole Formularza rekrutacyjnego powinno zostać wypełnione, w przypadku, gdy dane pole nie dotyczy Kandydata należy umieścić adnotację „nie dotyczy”.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU** | | | | |
| **Imię (Imiona):** | |  | | |
| **Nazwisko:** | |  | | |
| **Płeć:** | | Kobieta: | Mężczyzna: | |
| **Data urodzenia i miejsce urodzenia:** | |  | | |
| **PESEL:** | |  | | |
| **Telefon kontaktowy *(Stacjonarny / Komórkowy):*** | |  | | |
| **Adres e-mail:** | |  | | |
| **Adres** **zamieszkania**: | | | | |
| **Ulica:** | |  | | |
| **Nr domu lub nr lokalu:** | |  | | |
| **Miejscowość:** | |  | | |
| **Kod pocztowy:** | |  | | |
| **Gmina:** | |  | | |
| **Powiat:** | |  | | |
| **Województwo:** | |  | | |
| **2. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ** | | | | |
| **Wykształcenie:** | **niższe niż podstawowe** formalnego wykształcenia  **podstawowe** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)  **gimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)  **ponadgimnazjalne** (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową)  **policealne** (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)  **wyższe** (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) | | | |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**  **KAŻDY MOŻE WYBRAĆ TYLKO JEDNĄ GRUPĘ DO KTÓREJ NALEŻY I UZUPEŁNIĆ PUNKT 1 LUB 2 LUB 3** | **1. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy (\*wymagane zaświadczenie z PUP):**  TAK  NIE  **2. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy ( zaświadczenie z ZUS o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń, na podstawie druku US-7):**  TAK  NIE  **3. Osoba bierna zawodowo ( zaświadczenie z ZUS o zgłoszeniu do obowiązkowych ubezpieczeń, na podstawie druku US-7),** w tym:  osoba ucząca się,  osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu,  inne (np. rencista, emeryt) | | | |
| **Nieprzerwany okres pozostania bez zatrudnienia przed przystąpieniem do projektu:** | do 6 miesięcy  od 6 do 12 miesięcy  od 12 do 24 miesięcy  powyżej 24 miesięcy | | | |
| **Posiadam status osoby z niepełnosprawnościami:**  ***(dane wrażliwe)***  ***(\*wymagana kserokopia orzeczenia)*** | tak\*   |  | | --- | | (w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia  nie  odmowa podania informacji | | | | tak\*   |  | | --- | | (osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego Dz. U. z 2017 r. poz. 882 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia  nie  odmowa podania informacji | |
| Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:  orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym,  orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia,  orzeczenie o niezdolności do pracy,  orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności,  orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim,  inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.),  w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia. | | | |
| **Dane wrażliwe:** | |  | | --- | | **JESTEM**  **- osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia *(dane wrażliwe)***  tak  nie  odmowa podania informacji  **- osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) *(dane wrażliwe)*:**  tak  nie  odmowa podania informacji  **- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań *(dane wrażliwe)*:**  tak  nie  odmowa podania informacji | | | | |
| **Spełniam poniższe przesłanki wykluczenia społecznego:** | | | | |
| 1. 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 2004r. o pomocy społecznej;   tak  nie   1. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym;   tak  nie   1. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;   tak  nie   1. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014r. poz. 382);   tak  nie   1. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);   tak  nie   1. osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375);   tak  nie   1. członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością - np. oświadczenie uczestnika   tak  nie   1. osoby niesamodzielne;   tak  nie   1. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;   tak  nie   1. osoby korzystające z PO PŻ.   tak  nie  Jeżeli tak to oświadczam, że Zakres wsparcia nie powiela działań, które otrzymała/ otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących. | | | | |
| **Pierwszeństwo udziału w projekcie mają osoby spełniające poniżej wskazane przesłanki:**   1. Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (wskazać TAK w przypadku zaznaczenia więcej niż jednej przesłanki w punkcie: Spełnienie przesłanek wykluczenia społecznego tj. punkt od a do j)   tak  nie   1. Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowia)   tak  nie   1. Jestem osobą korzystającą z PO PŻ   tak  nie | | | | |
| **Ja, niżej podpisany/a\* oświadczam, że:**   1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach w ramach Działania 9.1 Aktywna integracja RPO WD 2014-2020 pn.: „**Podjęcie zatrudnienia – razem zrobimy pierwszy krok**”. 2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt: „**Podjęcie zatrudnienia – razem zrobimy pierwszy krok”** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania 9.1 Aktywna integracja RPO WD 2014-2020. 3. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora projektu/Partnera projektu. 4. Zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. 5. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora projektu. 6. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu. 7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb realizacji RPO WD, zgodnie z art. 29 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119, s. 1) – dalej **RODO.** 8. Nie jestem zatrudniony/-a na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego, a także nie prowadzę działalności gospodarczej ani rolniczej. 9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email). 10. Zostałem/am\* poinformowany/a\*, że udział w projekcie jest bezpłatny. 11. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie. 12. Zostałem poinformowany/a\* o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej). 13. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora projektu/Partnera o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia). 14. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie: „**Podjęcie zatrudnienia – razem zrobimy pierwszy krok”** oraz zgodę na udział w procesie rekrutacyjnym. 15. **Świadoma/-y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do projektu są zgodne z prawdą.** 16. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie: „**Podjęcie zatrudnienia – razem zrobimy pierwszy krok”** zgłaszam potrzebę/y wynikające z posiadanej niepełnosprawności lub wynikające z innych potrzeb związanych z udziałem w przedmiotowym projekcie:   Tak, proszę napisać jaką/jakie …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...........  Nie  ……...........................................................  Data i czytelny podpis Kandydata | | | | |