|  |
| --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK** |
| Numer Formularza Rekrutacyjnego: |  |
| Data wpływu / Podpis osoby przyjmującej dokumenty |  |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY** |
| **Tytuł projektu** | **„Zintegrowany system wsparcia osób z niepełnosprawnością”** |
| **Program/priorytet/działanie** | **Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020****VII: Poprawa spójności społecznej****Działanie 7.1. Rozwój działań aktywnej integracji** |
| **Czas trwania projektu** | **01.01.2019 r. – 31.12.2020 r.** |
| **Formularz należy wypełnić DRUKOWANYMI literami i zaznaczyć krzyżykiem (x) odpowiednie pola (kwadraty). Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól formularza z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym** (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: *nie dotyczy*).  |
| **I. Dane podstawowe** |
| Imię/Imiona: | Nazwisko: |
| PESEL: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć: □ KOBIETA □ MĘŻCZYZNA | Wiek: |
| **II. Wykształcenie** |
| □ Brak □ Podstawowe □ Gimnazjalne □ Ponadgimnazjalne □ Policealne □ Wyższe  |
| **III. Dane kontaktowe i adres zamieszkania** |
| Ulica |  |
| nr domu |  | nr mieszkania |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Województwo |  | Powiat |  |
| Nr telefonu komórkowego |  | Nr telefonu stacjonarnego |  |
| e-mail |  |
| **IV. Status kandydata na rynku pracy****1 Osoba bezrobotna –** to osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajowymi definicjami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Definicja uwzględnia zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności (BAEL), jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne. **2 Osoba długotrwale bezrobotna -** w przypadku młodzieży (<25 lat) – jest to osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, w przypadku dorosłych (25 lat lub więcej) – jest to osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy. **3 Osoba bierna zawodowo –** to osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Studenci studiów stacjonarnych oraz emeryci są uznawani za osoby bierne zawodowo. Osoby będące 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), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.  |
| I. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | □ TAK □ NIE | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | □ TAK □ NIE |
| W tym długotrwale bezrobotna | □ TAK □ NIE |
| II. Osoba bierna zawodowo  | □ TAK □ NIE |
| III. Osoba pracująca  | □ TAK □ NIE |
| **V. Informacje dodatkowe**  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  | □ TAK □ NIE |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | □ TAK □ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami  | □ takStopień: lekki  umiarkowany  znaczny Rodzaj niepełnosprawności :□ 01-U upośledzenie umysłowe□ 02-P choroby psychiczne□ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu□ 04-O choroby narządu wzroku□ 05-R upośledzenia narządu ruchu□ 06-E epilepsja□ 07-S choroby układu oddechowego i krążenia□ 08-T choroby układu pokarmowego□ 09-M choroby układu moczowo-płciowego□ 10-N choroby neurologiczne□ 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego□ 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny) | □ nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  | □ TAK □ NIE |
| Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej*– to osoba, która spełnia co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. z powodu: 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) 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 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 11) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 12) alkoholizmu lub narkomanii 13) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 14) klęski żywiołowej lub ekologicznej.*  | □ TAK □ NIE |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego– *to osoba wykluczona społecznie z minimum dwóch przesłanek: np. bezrobocia i ubóstwa.*  | □ TAK □ NIE |
| Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) *w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie o korzystaniu z PO PŻ*  | □ TAK □ NIE |

|  |
| --- |
| **VI. Oczekiwania/potrzeby** |
| W projekcie interesuje mnie: □ trening aktywności  □ trening pracy □ poradnictwo psychologiczne □ wsparcie psychoterapeuty |
| ograniczenia zdrowotne | ograniczenia związane z poruszaniem się  | dieta |

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a zgłaszam dobrowolnie chęć udziału w projekcie „Zintegrowany system wsparcia osób z niepełnosprawnością” i oświadczam, że:

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż na postawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia
o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.:
5. Administratorem danych jest Stowarzyszenie MY DLA INNYCH, ul. Antoniuk Fabryczny 34, 15-741 Białystok, email: marzdlainnych@gmail.com
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do projektu „Zintegrowany system wsparcia osób z niepełnosprawnością” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji do ww. projektu.
8. Osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo
do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego
w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa
dotyczących archiwizacji, lub do momentu odwołania zgody. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
10. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.

*POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

*………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)*

**OŚWIADCZENIE OSOBY POMAGAJĄCEJ W WYPEŁNIENIU FORMULARZA REKRUTACYJNEGO OSOBIE Z DYSFUNKCJĄ UNIEMOŻLIWIAJĄCĄ SAMODZIELNE UZUPEŁNIENIE**

Imię i nazwisko osoby pomagającej w uzupełnieniu Formularza rekrutacyjnego:

…………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że przeczytałem/am Kandydatowi/Kandydatce składającemu niniejszy formularz rekrutacyjny treść Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz treść Formularza rekrutacyjnego.
2. Oświadczam, że w imieniu Kandydata/Kandydatki i za jego/jej zgodą pomogłem/a,
w uzupełnieniu tego formularza wpisując dane jedynie zgodne z prawdą.

*…………………………………………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis wypełniającego w imieniu Kandydata)*

Do niniejszego formularza załączam:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj załącznika** | **Właściwe zaznaczyć X** |
| **TAK** | **NIE** |
| 1. | Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego dokumentu – oryginał do wglądu | □ | □ |
| 2.  | Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | □ | □ |
| 3. | Oświadczenie o niekorzystaniu z takich samych form wsparcia w ramach projektów realizowanych w Działaniu 9.1.  | □ | □ |

**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO
POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

*POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

*………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)*

**OŚWIADCZENIE O NIEKORZYSTANIU Z TAKICH SAMYCH FORM WSPARCIA
W RAMACH PROJEKTÓW REALIZOWANYCH W DZIAŁANIU 9.1.**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach projektów realizowanych w Działaniu 9.1.

*POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

*………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)*