



Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do udziału w projekcie „Chcieć to móc!”, nr umowy o dofinansowanie: RPMP.09.01.02-12-0-0295/17-00 realizowanego w ramach 9 Osi Priorytetowej REGION SPÓJNY SPOŁECZNIE Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

Prosimy o czytelne wypełnianie formularza, najlepiej **DRUKOWANYMI LITERAMI**

DANE OSOBOWE KANDYDATA			
poniższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości			
Imię (Imiona)			
Nazwisko			
PESEL			
Brak PESEL (data urodzenia)			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Płeć (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> KOBIECIA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA	
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.			
..... (data i godzina przyjęcia formularza i czytelny podpis osoby reprezentującej beneficjenta projektu, przyjmującej formularz)			
MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE	województwo	MAŁOPOLSKIE	
	powiat		
	gmina		
	miejsowość		
	ulica		
	nr budynku		
	nr lokalu		
	kod pocztowy		
	obszar zamieszkania ¹ (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> WIEJSKI	<input type="checkbox"/> MIEJSKI
	telefon kontaktowy		
e-mail			
Wykształcenie (zaznaczyć x) należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia.	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)	<input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe) (uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)	

¹ **Obszary wiejskie** są to tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej

DANE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

JESTEM OSĄBĄ ZAGROŻONĄ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

definicja osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym znajduje się w regulaminie projektu:

WYJAŚNIENIE POJĘĆ (w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (MR/2014-2020/18(04)) i Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z działem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020 z dnia 2 listopada 2016 r.)

TAK NIE

Proszę o podanie przyczyny zgodnie z powyższą definicją:

Jestem osobą niepełnosprawną * - tj. osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych i/lub osobą 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)
*(zaznaczyć x), Jeśli **tak**, to załączam do formularza kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego lub innym dokument poświadczający stan zdrowia

NIE TAK ODMOWA
PODANIA INFORMACJI

Jeżeli zaznaczono „tak” proszę wskazać stopień niepełnosprawności:

- LEKKI
 UMIARKOWANY
 ZNACZNY
 NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRZĘŻONA
 ZABURZENIA PSYCHICZNE²

w tym:

- NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ INTELEKTUALNA
 CAŁOŚCIOWE ZABURZENIA ROZWOJOWE

Spełniam warunki osoby lub osoby należącej do rodziny **korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej** zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub **kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną**, tj. spełniające co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej

TAK NIE

Spełniam warunki, osoby o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. **o zatrudnieniu socjalnym**.

TAK NIE
Jeżeli zaznaczona „tak”, proszę wskazać właściwe:

.....

Spełniam warunki osoby przebywającej w pieczy zastępczej lub opuszczającej pieczę zastępczą, należącej do 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

TAK NIE
Jeżeli zaznaczona „tak”, proszę wskazać właściwe:

.....

Spełniam warunki osoby nieletniej, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich
(zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopia postanowienia sądu; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości)

TAK NIE

Spełniam warunki osoby przebywającej w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r.

TAK NIE

² **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)

o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.) (zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii)		
Spełniam warunki osoby należącej do rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością (odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia oraz oświadczenie uczestnika)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Spełniam warunki osoby niesamodzielnej ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia (zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Spełniam warunki osoby bezdomnej lub dotkniętej wykluczeniem z dostępu do mieszkań (zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy korzysta Pani/n z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa? (bezpłatne artykuły spożywcze, posiłki) (oświadczenie uczestnika)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Spełniam warunki osoby, osoby należącej do rodziny lub środowiska zagrożonego ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Proszę zaznaczyć przedział Pani/a miesięcznego dochodu:		
W przypadku osoby samotnie gospodarującej:	<input type="checkbox"/> Poniżej 634 zł/osobę <input type="checkbox"/> Powyżej 634 zł/ osobę <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
W przypadku osoby w rodzinie:	<input type="checkbox"/> Poniżej 514 zł/ osobę <input type="checkbox"/> Powyżej 514 zł/ osobę <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
posiadam niskie kwalifikacje oraz niskie/zdezaktualizowane kompetencje	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
nie posiadam doświadczenia zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY (w chwili przystąpienia do projektu) (Proszę zaznaczyć „x” poprawną odpowiedź)		
Jestem osobą <u>bezrobotną</u> :		
zarejestrowaną w Urzędzie Pracy ³	<input type="checkbox"/>	(Profil pomocy: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III)
(dołączyć zaświadczenie o zarejestrowaniu w Urzędzie Pracy)		
niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy ⁴	<input type="checkbox"/>	
w tym:		
Jestem osobą <u>długotrwale bezrobotną</u>	<input type="checkbox"/>	

³ **Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy** – osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. 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

⁴ **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy** - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna. 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.

- młodzi (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy),
- dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).

Jestem osobą bierną zawodowo⁵

POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Dane wykazane w w poniższej tabeli nie mają wpływu na zakwalifikowanie kandydata do projektu.
Dane podane w poniższej tabeli są wykazywane przez Organizatora w systemie teleinformatycznym.

Czy jest Pani/n osobą należąca 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 Pani/n osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani/n osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> • w tym, czy jest Pani/n osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu? 	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani/n osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pani/n osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej? (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Opieka nad osobą zależną (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności.
2. Wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „Chcieć to móc” zawartymi w Regulaminie uczestnictwa w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
4. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Chcieć to móc” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
5. Zobowiązuję się do przekazania informacji nt. mojej sytuacji po opuszczeniu projektu, tj.:
 - a. do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie dostarczenia informacji nt. sytuacji zawodowej po opuszczeniu projektu (m. in. zaświadczenie o zarejestrowaniu w publicznych służbach zatrudnienia, kopii umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej lub wydruku CIDG i zaświadczenie z ZUS potwierdzającego prowadzenie działalności, kopii certyfikatu, dyplomu
 - b. do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie np.: kopię umowy o pracę na min. 3 miesiące, na minimum 1/2 etatu lub kopię umowy cywilnoprawnej na kwotę równą lub wyższą od 3-krotności minimalnego wynagrodzenia lub kopię umowy o dzieło na minimum 3-krotność minimalnego wynagrodzenia, zaświadczenie potwierdzające rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej, dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne,

5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.). Administratorem danych jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą dla

⁵ **Osoba bierna zawodowo:** osoba, która w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna, nie jestem zarejestrowany(a) w urzędzie pracy i nie poszukuję pracy)



Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 – 2020, z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztovej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji: ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków.

6. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wyrażam zgodę na podanie wszystkich danych, o których mowa w Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej i w Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych. 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).

7. Mam prawo do dostępu do danych oraz ich poprawiania. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Organizatora o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).

POUCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA SKŁADANIE OŚWIADCZEN NIEZGODNYCH Z PRAWDĄ

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej deklaracji są zgodne z prawdą.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Orzeczenie o niepełnosprawności
2. Zaświadczenie o zarejestrowaniu w Urzędzie Pracy

Inne:

3.
4.

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