Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

„Gotowi do działania!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0074/23

Formularz rekrutacyjny

Projekt „Gotowi do działania” nr FEPM.05.11-IZ.00-0074/23

|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu:** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej**  **Formularz rekrutacyjny** |  |

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie **(DRUKOWANYMI LITERAMI)** lub wstawić **„X”** w białych, pustych polach.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane Projektu** | | | Tytuł projektu | | „Gotowi do działania!” | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr projektu | | FEPM.05.11-IZ.00-0074/23 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oś priorytetowa | | FEPM.05.00 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Działanie | | FEPM.05.11 Aktywne włączenie społeczne | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Termin realizacji projektu | | od | 01-03-2024 r. | | | | | | | | | | do | | 30-06-2025 r. | | | | |
| **Dane**  **Kandydata/tki** | | | Nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię (Imiona) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brak PESEL | | TAK NIE | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu  **(wypełnia osoba przyjmująca Formularz rekrutacyjny)** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Płeć | | Kobieta | | | | |  | | | | | | Mężczyzna | | | | |  | |
| Kraj | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data urodzenia | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce urodzenia  (miejscowość, województwo) | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poziom wykształcenia | | ISCED 0 - Brak | | |  | | | | | | ISCED 3 – Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) | | | | | | | |  |
| ISCED 1 – Podstawowe | | |  | | | | | | ISCED 4 – Policealne | | | | | | | |  |
| ISCED 2 – Gimnazjalne | | |  | | | | | | ISCED 5-8 – Wyższe | | | | | | | |  |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr budynku | |  | | | | Nr lokalu | | | | | | | | |  | | | | |
| Kod/miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo | |  | | | | | | | | | | | Gmina | | |  | | | |
| Powiat | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | | Miejski  Wiejski  Miejsko – wiejski | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny**  **(wypełnić tylko jeżeli adres korespondencji jest inny niż zamieszkania)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod/Miejscowość | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon stacjonarny | | □ nie posiadam | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon komórkowy | | □ nie posiadam | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | | □ nie posiadam | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. KRYTERIA FORMALNE (OBLIGATORYJNE) UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, że należę do grupy docelowej:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.** **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem**  **i wykluczeniem społecznym**  (dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam zaświadczenie  z Opieki Pomocy Społecznej/kserokopię  orzeczenia o stopniu  niepełnosprawności etc.)  **lub jestem osobą bierną zawodowo[[1]](#footnote-1)**  (dodatkowo na potwierdzenie statusu  jako załącznik załączam zaświadczenie  z ZUS lub potwierdzenie  wygenerowane z Platformy Usług  Elektronicznych ZUS,  potwierdzające status, który musi  występować łącznie z potwierdzeniem  bycia sobą z niepełnosprawnością  **(orzeczenie o stanie zdrowia,**  **zaświadczenie o niepełnosprawności)**  lub osobą chorą **(zaświadczenie od**  **lekarza)** lub osobą sprawującą opiekę  **(na przykład akt urodzenia dziecka)** | | | | | TAK  TAK |  | | | | | | | | | NIE  NIE | | |  | | | | |
| **2.** **Jestem osobą zamieszkującą**  **w województwie pomorskim**  (proszę zaznaczyć właściwy obszar  w jednej z gmin) | | | | | □ **POWIAT CHOJNICKI**  □ gmina Chojnice – gmina miejska  □ **POWIAT CZŁUCHOWSKI**  □ gmina Człuchów – gmina wiejska  □ gmina Debrzno – gmina miejsko-wiejska  □ gmina Czarne – gmina miejsko-wiejska  □ gmina Rzeczenica – gmina wiejska  □ gmina Koczała – gmina wiejska  □ **POWIAT BYTOWSKI**  □ gmina Miastko – gmina miejsko-wiejska | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.** **Jestem osobą bez pracy – bezrobotną**  (dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam zaświadczenie z PUP,  zaświadczenie z ZUS lub potwierdzenie  z Platformy Usług Elektronicznych ZUS)  **w tym długotrwale bezrobotną** | | | | | TAK  TAK |  | | | | | | NIE  NIE | | | | |  | | | | | |
| **4.** **Jestem osobą w wieku powyżej 18**  **roku życia** | | | | | TAK |  | | | | | | NIE | | | | |  | | | | | |
| **5. Należę do minimum 1 z grup:**  (proszę zaznaczyć właściwe grupy)  □ **osób doświadczających wielokrotnego**  **wykluczenia społecznego**  (z powodu więcej niż 1 z przesłanek:  kwalifikujących do wsparcia zgodnie  z Regulaminem wyboru proj. lub z art.  7 ustawy z dn. 12.03.2024 o pomocy  społecznej) [dodatkowo na  potwierdzenie jako załącznik załączam  zaświadczenia/inne ww. dokumenty  poświadczające przesłankę]  □ **osób z niepełnosprawnością w**  **stopniu znacznym/umiarkowanym/**  **z niepełnosprawnością sprzężoną/**  **intelektualną/z całościowymi**  **zaburzeniami rozwojowymi/z chorobami**  **psychicznymi**  (dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam kserokopię  orzeczenia o niepełnosprawności lub  zaświadczenie o niepełnosprawności)  Zgłaszam następujące potrzeby specjalne  za usługi wynikające z mojej  niepełnosprawności a związane  z udziałem w projekcie:  ………………………………………………………………….  ………………………………………………………………….  ………………………………………………………………….  ………………………………………………………………….  □ **osób korzystających z Programu**  **Fundusze Europejskie na Pomoc**  **Żywnościową (FE PŻ)**  [dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam zaświadczenie]  □ **osób opuszczających placówki opieki**  **instytucjonalnej**  [dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam zaświadczenie]  □ **osób zamieszkujących obszar**  **wykluczony komunikacyjnie**  [dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam oświadczenie –  załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji  i uczestnictwa w projekcie  „Gotowi do działania!”  nr FEPM.05.11-IZ.00-0074/23]  □ **osób, które opuściły jednostki**  **penitencjarne w ciągu ostatnich 12 m-cy**  [dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam zaświadczenie] | | | | | TAK |  | | | | | | NIE | | | | |  | | | | | |
| **II. KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, że:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Przynależność do więcej niż 1 z grup**  **(każda druga i kolejna przesłanka)** –  wymienionych w części I w punkcie 5 | | | | | TAK  **(+ 5 pkt)** | |  | | | | NIE | | | | | | |  | | | | |
| **2. Jestem kobietą** | | | | | TAK  **(+ 3 pkt)** | |  | | | | NIE | | | | | | |  | | | | |
| **3. Jestem osobą niepełnosprawną**  **w stopniu lekkim**  [dodatkowo na potwierdzenie jako  załącznik załączam kserokopię  orzeczenia o stopniu  niepełnosprawności lub zaświadczenie  o niepełnosprawności] | | | | | TAK  **(+ 3 pkt)** | |  | | | | NIE | | | | | | |  | | | | |
| **Łączna liczba punktów:** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Status Kandydata/tki w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba, obcego pochodzenia** – tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | |  | | NIE |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba z państwa trzeciego** – tzn. osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE lub bezpaństwowiec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | |  | | NIE |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane  interwencyjnie  2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych,  w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje  penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące  długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie  wspierane  3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych  4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe w tym osoby zamieszkujące konstrukcje  tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do  zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia  5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie  praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały,  w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu  mieszkalnym i zameldowane na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości  zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK |  | | | NIE |  | | | | | | | | Odmowa  podania  informacji | | | | | | |  | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK |  | | | NIE |  | | | | | | | | Odmowa  podania  informacji | | | | | | |  | | |
| **Oświadczenie Kandydata/tki** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:  1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie „Gotowi do działania!”  Nr FEPM.05.11-IZ.00-0074/23.  2. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.  3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Gotowi do  działania!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0074/23, akceptując go i jestem świadomy/a  możliwości wprowadzenia w nim zmian.  4. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest dofinansowany przez Unię Europejską  w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027.  5. Zostałem/am poinformowany, że CENTRUM DOSKONALENIA KADR Ewa Perlińska jest  administratorem wpisanych przeze mnie danych do niniejszego formularza  i załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez CENTRUM DOSKONALENIA  KADR Ewa Perlińska oraz CHOJNICKĄ SPÓŁDZIELNIĘ SOCJALNĄ wyłącznie w celach  związanych z realizowanym projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną  do wprowadzenia do systemu SL2021. Dane te będą udostępniane wyłącznie  podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy im prawo wglądu  do tych danych i ich poprawiania.  6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym  formularzu na potrzeby procesu rekrutacji projektu „Gotowi do działania!”  nr FEPM.05.11-IZ.00-0074/23 zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych  z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).  7. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce  zamieszkania. Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do  niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych  i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania i innych  okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.  8. Oświadczam, że w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekaże  Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na  temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia  kompetencji.  9. Dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data Czytelny podpis Kandydata/tki  Projektu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). 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), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo) [↑](#footnote-ref-1)