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)** | TAKTAK |  | NIENIE |  |
| **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** | TAKTAK |  | NIENIE |  |
| **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 interwencyjnie2. 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 wspierane3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do  zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia5. 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 |  | Odmowapodaniainformacji |  |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej** |
| TAK |  | NIE |  | Odmowapodaniainformacji |  |
| **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)