



Fundusze Europejskie  
dla Pomorza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie  
„Wybierz zmianę!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0051/23

## Formularz rekrutacyjny

Projekt „Wybierz zmianę!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0051/23

<b>Data wpływu:</b>	
<b>Podpis osoby przyjmującej Formularz rekrutacyjny</b>	

Szanowni Państwo!

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

<b>Dane Projektu</b>	Tytuł projektu	„Wybierz zmianę!”			
	Nr projektu	FEPM.05.11-IZ.00-0051/23			
	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.
<b>Dane Kandydata/cki</b>	Nazwisko				
	Imię (Imiona)				
	PESEL				
	Brak PESEL	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>		
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu				



<b>(wypełnia osoba przyjmująca Formularz rekrutacyjny)</b>			
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
<b>Adres zamieszkania</b>			
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod/miejscowość			
Województwo		Gmina	
Powiat			
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski <input type="checkbox"/> Miejsko – wiejski <input type="checkbox"/>		
<b>Adres korespondencyjny (wypełnić tylko jeżeli adres korespondencji jest inny niż zamieszkania)</b>			
Ulica, nr domu, nr mieszkania			



	Kod/Miejscowość	
	<b>Dane kontaktowe</b>	
	Telefon stacjonarny	<input type="checkbox"/> nie posiadam
	Telefon komórkowy	<input type="checkbox"/> nie posiadam
	E-mail	<input type="checkbox"/> nie posiadam
<b>I. KRYTERIA FORMALNE (OBLIGATORYJNE) UDZIAŁU W PROJEKCIE</b>		
<b>Oświadczam, że należę do grupy docelowej:</b>		
<b>1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym</b> (dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie z Opieki Pomocy Społecznej/kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności etc.)	TAK	NIE
<b>lub jestem osobą bierną zawodowo<sup>1</sup></b> (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 <b>(orzeczenie o stanie zdrowia, zaświadczenie o niepełnosprawności)</b> lub osobą chorą <b>(zaświadczenie od lekarza)</b> lub osobą sprawującą opiekę <b>(na przykład akt urodzenia dziecka)</b> )	TAK	NIE
<b>2. Jestem osobą zamieszkującą w województwie pomorskim</b> (proszę zaznaczyć właściwy obszar w jednej z gmin)	<input type="checkbox"/> <b>POWIAT KWIDZYŃSKI</b> <input type="checkbox"/> gmina Gardeja – gmina wiejska <input type="checkbox"/> gmina Prabuty – gmina miejsko-wiejska <input type="checkbox"/> gmina Ryjewo – gmina wiejska	

<sup>1</sup> 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)



	<input type="checkbox"/> <b>POWIAT TCZEWSKI</b> <input type="checkbox"/> gmina Gniew – gmina miejsko-wiejska <input type="checkbox"/> gmina Morzeszczyn – gmina wiejska  <input type="checkbox"/> <b>POWIAT SZTUMSKI</b> <input type="checkbox"/> gmina Dzierzgoń – gmina miejsko-wiejska  <input type="checkbox"/> <b>POWIAT MALBORSKI</b> <input type="checkbox"/> gmina Lichnowy – gmina wiejska <input type="checkbox"/> gmina Malbork – gmina miejska  <input type="checkbox"/> <b>POWIAT STAROGARDZKI</b> <input type="checkbox"/> gmina Osieczna – gmina wiejska  <input type="checkbox"/> <b>POWIAT BYTOWSKI</b> <input type="checkbox"/> gmina Miastko – gmina miejsko-wiejska			
<b>3. Jestem osobą bez pracy – bezrobotną</b> (dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie z PUP, zaświadczenie z ZUS lub potwierdzenie z Platformy Usług Elektronicznych ZUS)  <b>w tym długotrwale bezrobotną</b>	TAK		NIE	
<b>3. Jestem osobą bez pracy – bezrobotną</b> (dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie z PUP, zaświadczenie z ZUS lub potwierdzenie z Platformy Usług Elektronicznych ZUS)  <b>w tym długotrwale bezrobotną</b>	TAK		NIE	
<b>4. Jestem osobą w wieku powyżej 18 roku życia</b>	TAK		NIE	
<b>5. Należę do minimum 1 z grup (50% UP):</b> (proszę zaznaczyć właściwe grupy)  <input type="checkbox"/> <b>osób doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego</b> (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]  <input type="checkbox"/> <b>osób z niepełnosprawnością w stopniu znacznym/umiarkowanym/ z niepełnosprawnością sprzężoną/ intelektualną/z całościowymi</b>	TAK		NIE	



<p><b>zaburzeniami rozwojowymi/z chorobami psychicznymi</b> (dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenie o niepełnosprawności)</p> <p>Zgłaszam następujące potrzeby specjalne za usługi wynikające z mojej niepełnosprawności a związane z udziałem w projekcie:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>osób korzystających z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FE PŻ)</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie]</p> <p><input type="checkbox"/> <b>osób opuszczających placówki opieki instytucjonalnej</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie]</p> <p><input type="checkbox"/> <b>osób zamieszkujących obszar wykluczony komunikacyjnie</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam oświadczenie – załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wybierz zmianę!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0051/23]</p> <p><input type="checkbox"/> <b>osób, które opuściły jednostki penitencjarne w ciągu ostatnich 12 m-cy</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie]</p>				
<b>II. KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)</b>				
Oświadczam, że:				



<b>1. Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego</b> (z powodu więcej niż 1 z przestąnek: kwalifikujących do wsparcia zg. z Regulaminem wyboru proj. lub z art. 7 ustawy z dn. 12.03.2024 r. o pomocy społecznej [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenia/inne ww. dokumenty potwierdzające przestąnek])	<b>TAK (+ 5 pkt)</b>		<b>NIE</b>	
<b>2. Jestem osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym/umiarkowanym/ z niepełnosprawnością sprzężoną/ intelektualną/z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi/ z chorobami psychicznymi</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub zaświadczenia o niepełnosprawności]	<b>TAK (+ 5 pkt)</b>		<b>NIE</b>	
<b>3. Jestem osobą korzystającą z Programu Fundusze Europejskie (FE PŻ)</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie]	<b>TAK (+ 5 pkt)</b>		<b>NIE</b>	
<b>4. Jestem osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie]	<b>TAK (+ 5 pkt)</b>		<b>NIE</b>	
<b>5. Jestem osobą zamieszkującą obszar wykluczony komunikacyjnie</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wybierz zmianę!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0051/23]	<b>TAK (+ 5 pkt)</b>		<b>NIE</b>	
<b>6. Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w ciągu ostatnich 12 m-cy</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam zaświadczenie]	<b>TAK (+ 5 pkt)</b>		<b>NIE</b>	



<b>7. Jestem kobietą</b>		TAK (+ 3 pkt)		NIE	
<b>8. Jestem osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim</b> [dodatkowo na potwierdzenie jako załącznik załączam kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie o niepełnosprawności]		TAK (+ 3 pkt)		NIE	
<b>Łączna liczba punktów:</b>					
<b>Status Kandydata/cki w chwili przystąpienia do projektu</b>					
<b>Osoba, obcego pochodzenia</b> – tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów					
TAK		NIE			
<b>Osoba z państwa trzeciego</b> – tzn. osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE lub bezpaństwowiec					
TAK		NIE			
<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>					
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	
<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej</b>					
TAK		NIE		Odmowa podania informacji	
<b>Oświadczenie Kandydata/tki</b>					
<p>Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie „Wybierz zmianę!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0051/23.</li> <li>Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.</li> <li>Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wybierz zmianę!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0051/23, akceptując go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzenia w nim zmian.</li> <li>Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest dofinansowany przez Unię Europejską w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027.</li> <li>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 STOWARZYSZENIE NEW WAVE 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.</li> <li>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby procesu rekrutacji projektu „Wybierz zmianę!” nr FEPM.05.11-IZ.00-0051/23 zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000).</li> <li>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.</li> <li>Oświadczam, że w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekaże</li> </ol>					





Fundusze Europejskie  
dla Pomorza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI  
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

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