Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Nowy dom: Polska”

Nr FEWM.09.03-IZ.00-0050/23

**FORMULARZ APLIKACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu Formularza  |  |
| Numer rekrutacyjny |  |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz |  |

**Szanowni Państwo!**

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

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I - DANE PERSONALNE** |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  | Płeć: | ☐ | Kobieta |
| ☐ | Mężczyzna |
| Numer PESEL |  | Wiek: |  |
| Brak PESEL | ☐ TAK |
| Obywatelstwo |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer domu |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Powiat  |  |
| Gmina |  |
| Województwo |  |
| Obszar według stopnia urbanizacji - DEGURBA (wypełnia osoba przyjmująca formularz) | * Miejsko – wiejski
* Miejski
* [[1]](#footnote-1)Wiejski
 |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adres do korespondencji**(proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** | Miejscowość: |
| Ulica: |
| Numer domu: |
| Numer lokalu: |
| Kod pocztowy: |
| Gmina: |
| Powiat: |
| Województwo: |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II - WYKSZTAŁCENIE**  |
| Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe) | ISCED 0 – Brak wykształcenia  | ☐ |
| ISCED 1 - Podstawowe (6 klas szkoły podstawowej) | ☐ |
| ISCED 2 - Gimnazjalne lub Podstawowe (8 klas szkoły podstawowej) | ☐ |
| ISCED 3 -Ponadgimnazjalne lub ponadpodstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) | ☐ |
| ISCED 4 - Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) | ☐ |
| ISCED 5-8 -Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) | ☐ |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ III – KRYTERIA FORMALNE** |
| **Oświadczam, że** | Jestem osobą w wieku pow. 18 roku życia (dokument potwierdzający tożsamość – do wglądu) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Jestem Obywatelem Państwa Trzeciego, legalnie przebywającym na terenie Polski(paszport lub inny ważny dokument potwierdzający tożsamość lub tożsamość i obywatelstwo oraz zaświadczenie/dokument potwierdzający legalny pobyt w Polsce: np. wiza, karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE), dokument potwierdzający objęcie ochroną) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Jestem osobą pracującą/ uczącą się/ zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie subregionu olsztyńskiego - powiaty: bartoszycki, kętrzyński, lidzbarski, mrągowski, nidzicki, olsztyński, szczycieński oraz Miasto Olsztyn(zaświadczenie potwierdzające zamieszkanie na ww. terytorium) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+ | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| **Status na rynku pracy** |
| **Osoba pracująca**  |
| ☐ TAK ☐ NIE |
| W przypadku osób zatrudnionych należy podać status przedsiębiorstwa -proszę zaznaczyć tylko jedną odpowiedź: |
| Osoba prowadząca działalność na własny rachunek | ☐ | TAK |
| Administracja rządowa | ☐ | TAK |
| Administracja samorządowa (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty) | ☐ | TAK |
| Organizacja pozarządowa | ☐ | TAK |
| MMIŚ (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo) | ☐ | TAK |
| Duże przedsiębiorstwo | ☐ | TAK |
| Podmiot wykonujący działalność leczniczą | ☐ | TAK |
| Szkoła lub placówka systemu oświaty (kadra pedagogiczna) | ☐ | TAK |
| Szkoła lub placówka systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) | ☐ | TAK |
| Szkoła lub placówka systemu oświaty (kadra zarządzająca) | ☐ | TAK |
| Uczelnia | ☐ | TAK |
| Instytut naukowy | ☐ | TAK |
| Instytut badawczy | ☐ | TAK |
| Instytut działający w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz | ☐ | TAK |
| Międzynarodowy instytut naukowy | ☐ | TAK |
| Federacja podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki | ☐ | TAK |
| Państwowa osoba prawna | ☐ | TAK |
| Inne | ☐ | TAK |
| **Osoba pozostająca bez zatrudnienia** (zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – dotyczy osób zarejesrtowanych w PUP lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – dotyczy osób niezarejestrowanych w PUP oraz biernych zawodowo) |
| ☐ TAK ☐ NIE |
| Osoba **bezrobotna zarejestrowana** w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym:\*długotrwale bezrobotną | ☐ | TAK |
| ☐ | TAK |
| Osoba **bezrobotna niezarejestrowana** | ☐  | TAK |
| Osoba **bierna zawodowo**, w tym:\*osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu\*osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie | ☐ | TAK |
| ☐ | TAK |
| ☐ | TAK |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE** |
| **Oświadczam, że** | Jestem osobą, która po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę została objęta w Polsce ochroną czasową - 20 pkt. (zaświadczenie o objęciu ochroną) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Jestem kobietą - 15 pkt. | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością[[2]](#endnote-1) - 8 pkt.(orzeczenie o niepełnosprawnością, dokument potwierdzający stan zdrowia - zaświadczenie od lekarza zgodnie z ICD 10) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| W moim gospodarstwie domowym jest niepracujący członek rodziny - 5 pkt.(zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Łączna liczba punktów |  |

|  |
| --- |
| **MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA****W SYSTEMIE: SM EFS****(System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)****(należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)** |
| Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia[[3]](#endnote-2) |  ☐ tak  ☐ nie ☐ odmowa podania danych |
| Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich[[4]](#endnote-3) |  ☐ tak  ☐ nie ☐ odmowa podania danych |
| Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej[[5]](#endnote-4) |  ☐ tak  ☐ nie ☐ odmowa podania danych |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań[[6]](#endnote-5) |  ☐ tak  ☐ nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami1 | ☐ tak ☐ nie☐ odmowa podania danych |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB** |
| Rodzaj potrzeby | Proszę opisać potrzebę | Nie zgłaszam specjalnych potrzeb lubnie dotyczy |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe: |  | □ |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/ szkoleniowych: |  |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie: |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego: |  |
| Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy: |  |
| Wydłużony/adekwatny czas wsparcia: |  |
| Umożliwienie powrotu do przekazywanych treści: |  |
| Umożliwienie dostosowania godzin zajęć do potrzeb: |  |
| Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością: |  |
| Umożliwienie wsparcia tłumacza języka obcego: |  |
| Inne: |  |  |

|  |
| --- |
| **PYTANIA DODATKOWE** |
| Jestem osobą, która samodzielnie dotrze na miejsce wsparcia korzystając z transportu własnego/publicznego | ☐ TAK☐ NIE |

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Nowy dom: Polska”,

nr: FEWM.09.03-IZ.00-0050/23

1. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie pn.

„Nowy dom: Polska”, nr: FEWM.09.03-IZ.00-0050/23, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.

1. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że Centrum Doskonalenia Kadr Ewa Perlińska jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez Centrum Doskonalenia Kadr Ewa Perlińska, wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2021, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027);
3. dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że Centrum Doskonalenia Kadr Ewa Perlińska zapewnia standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
5. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
6. 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 oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
7. Podpiszę umowę udziału we wsparciu oraz zobowiązuję się do przekazania informacji o swojej sytuacji życiowej do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dostarczę Beneficjentowi Projektu dokumentów potwierdzających zatrudnienie (kopia umowy o pracę, wpis do CEIDG/KRS) i/lub potwierdzenie podjęcia kształcenia lub szkolenia (zaświadczenie o podjęciu kształcenia lub szkolenia poza miejscem pracy/w miejscu pracy, szkolenia zawodowego) i/lub poprawie sytuacji społecznej (zaświadczenie potwierdzające rozpoczęcie nauki/oświadczenie wzmocnienia motywacji do pracy po projekcie/oświadczenie zwiększenia pewności siebie i własnych umiejętności/ zaświadczenie potwierdzające poprawę stanu zdrowia/oświadczenie potwierdzające poprawę umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów. Ponadto zobowiązuję się do wypełnienia ankiety samooceny expost.
8. Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej.
9. Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

……………………………. …………………………………

Miejscowość i data czytelny podpis Kandydata/tki Projektu

1. tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko – wiejskiej [↑](#footnote-ref-1)
2. **Za osobę z niepełnosprawnością** rozumie się osobę niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), a także osobę z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.), tj. osobą z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#endnote-ref-1)
3. **Osoba obcego pochodzenia** - to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów. [↑](#endnote-ref-2)
4. **Obywatel państwa trzeciego to osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, ani krajów takich jak: Norwegia, Islandia, Lichtenstein oraz Szwajcaria**, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa. [↑](#endnote-ref-3)
5. **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej** - zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska [↑](#endnote-ref-4)
6. **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** - bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach);

2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności -specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);

3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);

4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

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 zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

 Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są w kryzysie bezdomności lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach. [↑](#endnote-ref-5)