



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:	<input type="checkbox"/> Kobieta
			<input type="checkbox"/> Mężczyzna
Numer PESEL		Wiek:	
Brak PESEL	<input type="checkbox"/> TAK		
Obywatelstwo			
Adres zamieszkania			
Miejscowość			
Ulica			
Numer domu			
Numer lokalu			
Kod pocztowy			
Powiat			
Gmina			
Województwo			



Obszar według stopnia urbanizacji - DEGURBA (wypełnia osoba przyjmująca formularz)	<input type="checkbox"/> Miejsko – wiejski <input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/>
	ISCED 1 - Podstawowe (6 klas szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/>
	ISCED 2 - Gimnazjalne lub Podstawowe (8 klas szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/>
	ISCED 3 -Ponadgimnazjalne lub ponadpodstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	<input type="checkbox"/>

¹ tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko – wiejskiej



	ISCED 4 - Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/>
	ISCED 5-8 -Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	<input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ III – KRYTERIA FORMALNE

Oświadczam, że	Jestem osobą w wieku pow. 18 roku życia (dokument potwierdzający tożsamość – do wglądu)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem Obywatel 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)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą pracującą/ uczącą się/ zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie subregionu olsztyńskiego - powiaty: bartoszycki, kętrzyński, lidzbarski, mrągowski, nidzicki, olsztyński, szczywieński oraz Miasto Olsztyn	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK
Administracja rządowa	<input type="checkbox"/> TAK
Administracja samorządowa (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty)	<input type="checkbox"/> TAK
Organizacja pozarządowa	<input type="checkbox"/> TAK
MMIŚ (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo)	<input type="checkbox"/> TAK
Duże przedsiębiorstwo	<input type="checkbox"/> TAK
Podmiot wykonujący działalność leczniczą	<input type="checkbox"/> TAK
Szkoła lub placówka systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	<input type="checkbox"/> TAK
Szkoła lub placówka systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> TAK
Szkoła lub placówka systemu oświaty (kadra zarządzająca)	<input type="checkbox"/> TAK
Uczelnia	<input type="checkbox"/> TAK
Instytut naukowy	<input type="checkbox"/> TAK
Instytut badawczy	<input type="checkbox"/> TAK
Instytut działający w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicza	<input type="checkbox"/> TAK
Międzynarodowy instytut naukowy	<input type="checkbox"/> TAK
Federacja podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	<input type="checkbox"/> TAK
Państwowa osoba prawna	<input type="checkbox"/> TAK
Inne	<input type="checkbox"/> TAK



Osoba pozostająca bez zatrudnienia (zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – dotyczy osób zarejestrowanych w PUP lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – dotyczy osób niezarejestrowanych w PUP oraz biernych zawodowo)

 TAK NIEOsoba **bezrobotna zarejestrowana** w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym: TAK

*długotrwale bezrobotną

 TAKOsoba **bezrobotna niezarejestrowana** TAKOsoba **bierna zawodowo**, w tym: TAK

*osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu

 TAK

*osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie

 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)	<input type="checkbox"/> TAK	
		<input type="checkbox"/> NIE	
	Jestem kobietą - 15 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK	
		<input type="checkbox"/> NIE	
	Jestem osobą z niepełnosprawnością ¹ - 8 pkt. (orzeczenie o niepełnosprawności, dokument potwierdzający stan zdrowia - zaświadczenie od lekarza zgodnie z ICD 10)	<input type="checkbox"/> TAK	
		<input type="checkbox"/> NIE	
	W moim gospodarstwie domowym jest niepracujący członek rodziny - 5 pkt. (zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)	<input type="checkbox"/> TAK	
		<input type="checkbox"/> 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 ²	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich ³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej ⁴	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁵	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami ¹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych



FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB

Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	Nie zgłaszam specjalnych potrzeb lub nie dotyczy
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		<input type="checkbox"/>
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
- 2) Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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);



- 6) dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służę mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
- 7) 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).
- 8) Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej.
- 12) Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis Kandydata/tki
Projektu



- ¹ **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.
- ² **Osoba obcego pochodzenia** - to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.
- ³ **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.
- ⁴ **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: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska
- ⁵ **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/szpitalne, 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.