Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie

„Ramię w ramię na rynku pracy” nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23

**Formularz aplikacyjny**

dla przedsiębiorstw z sektora MMŚP

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu Formularza aplikacyjnego: |  |
| Numer aplikacyjny: |  |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz aplikacyjny: |  |

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie białych pól formularza, właściwe pola ☐ należy zaznaczyć krzyżykiem.

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ I - DANE PRZEDSIĘBIORSTWA** | |
| Nazwa instytucji: |  |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa oraz zajmowane stanowisko (zgodnie z KRS lub innym dokumentem rejestrowym) |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| KRS (jeśli dotyczy) |  |
| **Adres siedziby:** |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Województwo |  |
| Typ instytucji: | □ przedsiębiorstwo,  □ podmiot ekonomii społecznej,  □ instytucja rynku pracy,  □ jednostka administracji rządowej,  □ jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek systemu oświaty)  □ związek zawodowy,  □ organizacja pracodawców,  □ podmiot systemu szkolnictwa wyższego i nauki,  □ podmiot wykonujący działalność leczniczą,  □ szkoła,  □ placówka systemu oświaty,  □ sądy powszechne,  □ prokuratura,  □ podmiot świadczący usługi szkoleniowe,  □ inne. |
| Typ przedsiębiorstwa: | □ mikroprzedsiębiorstwo,  □ małe przedsiębiorstwo,  □ średnie przedsiębiorstwo, |
| Stan zatrudnienia (liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, umowę cywilnoprawną) |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Adres do korespondencji  **(proszę podać, jeśli jest inny niż adres siedziby instytucji/przedsiębiorstwa)** | Miejscowość: |
| Ulica: |
| Numer domu: |
| Numer lokalu: |
| Kod pocztowy: |
| Gmina: |
| Powiat: |
| Województwo: |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II – KRYTERIA FORMALNE** | | | |
| Oświadczam, że | Siedziba na terenie województwa wielkopolskiego (weryfikacja na podstawie wypisu z CEIDG/KRS) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |
| Mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo (weryfikacja na podstawie wypisu z CEIDG/KRS, dokumentów finansowych/podatkowych, potwierdzenie stanu zatrudnienia) | ☐ | TAK |
| ☐ | NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ III. INFORMACJA O ODDELEGOWANYCH PRACOWNIKACH** | |
| **Pracownik nr 1** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Pesel |  |
| Forma Zatrudnienia | ☐ umowa o pracę |
| ☐ umowa cywilnoprawna |
| **Pracownik nr 2** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Pesel |  |
| Forma Zatrudnienia | ☐ umowa o pracę |
| ☐ umowa cywilnoprawna |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ V – KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)** | | |
| Oświadczam, że: | Prowadzę mikroprzedsiębiorstwo – 4 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Prowadzę małe przedsiębiorstwo – 2 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Łączna liczba punktów (uzupełnia Beneficjent) | |  |

**OŚWIADCZENIA:**

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

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. **„Ramię w ramię na rynku pracy”   
   nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23.**
2. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie pn. **„Ramię w ramię na rynku pracy” nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23**, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
4. Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Ramię w ramię na rynku pracy” nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski (FEWP) 2021-2027.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
7. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu.
8. 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 Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST 2021 (SL2021, SM EFS). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
9. 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).
10. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
11. Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
12. Podpiszę umowę o wsparcie.
13. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
14. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości pisemnego zgłaszania do Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu) podejrzenia o niezgodności Projektu lub działań Organizatora projektu z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. oraz Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 r.
15. Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

……………………………. …………………………………

Miejscowość i data czytelny podpis osoby upoważnionej ze strony przedsiębiorstwa

**Formularz aplikacyjny dla pracownika nr 1 oddelegowanego przez przedsiębiorcę**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZEŚĆ I – DANE PERSONALNE** | | |
| Nazwisko: |  | |
| Imię/imiona: |  | |
| PESEL: |  | |
| Brak PESEL: | * TAK | |
| Płeć: | * Kobieta | * Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu (uzupełnia Beneficjent): |  | |
| Data i miejsce urodzenia: |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II - ADRES ZAMIESZKANIA** | | | |
| Województwo: |  | | |
| Powiat: |  | | |
| Gmina: |  | | |
| Miejscowość: |  | | |
| Kod pocztowy: |  | | |
| Ulica: |  | | |
| Numer domu: |  | | |
| Numer lokalu: |  | | |
| Telefon kontaktowy: |  | | |
| Adres e-mail: |  | | |
| Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania): | Województwo: | | |
| Powiat: | | |
| Gmina: | | |
| Miejscowość: | | |
| Kod pocztowy: | | |
| Ulica: | | |
| Numer domu: | | |
| Numer lokalu: | | |
| **CZĘŚĆ III - WYKSZTAŁCENIE** | | | | |
| Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe) | | Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 - 2) | * ​ | |
| Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) | * ​ | |
| Wyższe (ISCED 5-8) | * ​ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)** | | |
| Oświadczam, że: | Jestem kobietą – 9 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Jestem osobą zamieszkującą według Kodeksu Cywilnego na terenie wiejskim w woj. wielkopolskim – 9 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Jestem osobą niepełnosprawną – 5 pkt. (orzeczenie/inny dokument potwierdzający niepełnosprawność) | * TAK |
| * NIE |
| Jestem osobą w przedziale 18-29 lat lub 55+ - 4 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Łączna liczba punktów (uzupełnia Beneficjent) | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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[[1]](#footnote-1) | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |
| Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich[[2]](#footnote-2) | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |
| Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej[[3]](#footnote-3) | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań[[4]](#footnote-4) | ☐ tak  ☐ nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ V – SPECJALNE POTRZEBY** | | |
| Rodzaj potrzeby | Proszę zaznaczyć właściwe | Jeżeli TAK, proszę opisać jakie |
| Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Inne specjalne potrzeby | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

**OŚWIADCZENIA:**

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

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. **„Ramię w ramię na rynku pracy”   
   nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23.**
2. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie pn. **„Ramię w ramię na rynku pracy” nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23**, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
4. Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Ramię w ramię na rynku pracy” nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski (FEWP) 2021-2027.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
7. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu.
8. 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 Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST 2021 (SL2021, SM EFS). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
9. 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).
10. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
11. Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
12. Podpiszę deklarację udziału w projekcie oraz zobowiązuję się w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie do przekazania Beneficjentowi informacji o sytuacji społeczno-zawodowej, tj. dostarczenia Beneficjentowi Projektu dokumentów potwierdzających:
    1. zatrudnienie - kopia umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej, wpis do CEIDG/KRS, potwierdzenia z ZUS o opłacaniu składek, zaświadczenia od pracodawcy
    2. potwierdzenie że znajduję się w lepszej sytuacji na rynku pracy – dokumenty potwierdzające: podjęcie pracy, powrotu na rynek pracy, przejście z niepełnego na pełne zatrudnienie, zmiany stanowiska na takie z większą odpowiedzialnością, awansu, zwiększenia wynagrodzenia.
13. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
14. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości pisemnego zgłaszania do Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu) podejrzenia o niezgodności Projektu lub działań Organizatora projektu z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. oraz Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 r.
15. Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

……………………………. …………………………………

Miejscowość i data czytelny podpis pracownika

**Formularz aplikacyjny dla pracownika nr 2 oddelegowanego przez przedsiębiorcę**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZEŚĆ I – DANE PERSONALNE** | | |
| Nazwisko: |  | |
| Imię/imiona: |  | |
| PESEL: |  | |
| Brak PESEL: | * TAK | |
| Płeć: | * Kobieta | * Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu (uzupełnia Beneficjent): |  | |
| Data i miejsce urodzenia: |  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II - ADRES ZAMIESZKANIA** | | | |
| Województwo: |  | | |
| Powiat: |  | | |
| Gmina: |  | | |
| Miejscowość: |  | | |
| Kod pocztowy: |  | | |
| Ulica: |  | | |
| Numer domu: |  | | |
| Numer lokalu: |  | | |
| Telefon kontaktowy: |  | | |
| Adres e-mail: |  | | |
| Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania): | Województwo: | | |
| Powiat: | | |
| Gmina: | | |
| Miejscowość: | | |
| Kod pocztowy: | | |
| Ulica: | | |
| Numer domu: | | |
| Numer lokalu: | | |
| **CZĘŚĆ III - WYKSZTAŁCENIE** | | | | |
| Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe) | | Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 - 2) | * ​ | |
| Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) | * ​ | |
| Wyższe (ISCED 5-8) | * ​ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)** | | |
| Oświadczam, że: | Jestem kobietą – 9 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Jestem osobą zamieszkującą według Kodeksu Cywilnego na terenie wiejskim w woj. wielkopolskim – 9 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Jestem osobą niepełnosprawną – 5 pkt. (orzeczenie/inny dokument potwierdzający niepełnosprawność) | * TAK |
| * NIE |
| Jestem osobą w przedziale 18-29 lat lub 55+ - 4 pkt. | * TAK |
| * NIE |
| Łączna liczba punktów (uzupełnia Beneficjent) | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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[[5]](#footnote-5)1 | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |
| Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich[[6]](#footnote-6)2 | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |
| Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej[[7]](#footnote-7)3 | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań[[8]](#footnote-8)4 | ☐ tak  ☐ nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami | ☐ tak  ☐ nie  ☐ odmowa podania danych |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ V – SPECJALNE POTRZEBY** | | |
| Rodzaj potrzeby | Proszę zaznaczyć właściwe | Jeżeli TAK, proszę opisać jakie |
| Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Inne specjalne potrzeby | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

**OŚWIADCZENIA:**

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

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. **„Ramię w ramię na rynku pracy”   
   nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23.**
2. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie pn. **„Ramię w ramię na rynku pracy” nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23**, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
4. Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0052/23
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski (FEWP) 2021-2027.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
7. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu.
8. 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 Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST 2021 (SL2021, SM EFS). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
9. 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).
10. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
11. Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
12. Podpiszę deklarację udziału w projekcie oraz zobowiązuję się w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie do przekazania Beneficjentowi informacji o sytuacji społeczno-zawodowej, tj. dostarczenia Beneficjentowi Projektu dokumentów potwierdzających:
    1. zatrudnienie - kopia umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej, wpis do CEIDG/KRS, potwierdzenia z ZUS o opłacaniu składek, zaświadczenia od pracodawcy
    2. potwierdzenie że znajduję się w lepszej sytuacji na rynku pracy – dokumenty potwierdzające: podjęcie pracy, powrotu na rynek pracy, przejście z niepełnego na pełne zatrudnienie, zmiany stanowiska na takie z większą odpowiedzialnością, awansu, zwiększenia wynagrodzenia.
13. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
14. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości pisemnego zgłaszania do Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu) podejrzenia o niezgodności Projektu lub działań Organizatora projektu z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. oraz Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 r.
15. Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

……………………………. …………………………………

Miejscowość i data czytelny podpis pracownika

1. **Osoba obcego pochodzenia** - to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów [↑](#footnote-ref-1)
2. **Osoba z krajów trzecich 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 [↑](#footnote-ref-2)
3. **Osoba należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie** - zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-3)
4. **Osoba w kryzysie bezdomności 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. [↑](#footnote-ref-4)
5. 1 Osoba należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie - zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-5)
6. 2 Osoba z krajów trzecich 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 [↑](#footnote-ref-6)
7. 3 Osoba należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie- zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-7)
8. 4 Osoba w kryzysie bezdomności 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. [↑](#footnote-ref-8)