



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie
„Jutro w Twoich rękach!” nr FEWP.06.10-IP.01-0067/25

Formularz aplikacyjny

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.

CZEŚĆ I – DANE PERSONALNE		
Nazwisko:		
Imię/imiona:		
PESEL:		
Brak PESEL:	☐ TAK	
Płeć:	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu (uzupełnia Beneficjent):		
Obywatelstwo:		



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 II - WYKSZTAŁCENIE**

Posiadam wykształcenie:	Co najwyżej średnie I stopnia (poniżej podstawowego, podstawowe, gimnazjalne) (ISCED 0-2)	☐
	Średnie II stopnia (zawodowe, średnie, średnie zawodowe) (ISCED 3) oraz policealne (ISCED 4)	☐
	Wyższe (ISCED 5-8)	☐

CZĘŚĆ III - STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

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 FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE (OBLIGATORYJNE)

Oświadczam, że:

Jestem osobą powyżej 18 roku życia (dokument potwierdzający tożsamość – do wglądu)	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, na obszarze województwa wielkopolskiego	☐ TAK
	☐ NIE



Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, tj. bezrobotną (zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – dotyczy osób zarejestrowanych w PUP lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – dotyczy osób niezarejestrowanych w PUP) lub bierną zawodowo (zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS)	☐ TAK
	☐ NIE

☐ **Jestem osobą bierną zawodowo z powodu niepełnosprawności, choroby lub pełnienia ról opiekuńczych** (weryfikacja na podstawie np. orzeczenia o niepełnosprawności) lub

☐ **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** (dokument potwierdzający np. zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub innej właściwej instytucji, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia),
w tym (proszę zaznaczyć):

☐ jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,

☐ jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym,

☐ jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą lub jestem członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,

☐ jestem osobą przebywającą i opuszczającą młodzieżowy ośrodek wychowawczy lub młodzieżowy ośrodek socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty,

☐ jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego,

☐ jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

☐ jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

☐ jestem osobą opuszczającą placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej,

☐ jestem osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub



zagrożoną bezdomnością,

- ☐ jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (w formie dozoru elektronicznego),
- ☐ jestem osobą korzystającą z Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową 2021-2027,
- ☐ jestem osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę,
- ☐ jestem osobą należącą do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie.

Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno – zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+

☐ TAK

☐ NIE

CZĘŚĆ V – KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)

Oświadczam, że:

Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, tj.

wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących je do wsparcia w projekcie, o których mowa w podrozdziale 4.2 pkt 1 Wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021-2027 (obowiązujących na dzień ogłoszenia naboru), lub spełniające więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności / dokument poświadczający stan zdrowia/ zaświadczenie z OPS lub innej właściwej instytucji) – 10 pkt.

☐ TAK

☐ NIE

Jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu **niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub/i z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub osoba z chorobami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** (weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność (zg. z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10), tj. orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi zaświadczenie potwierdzające stan zdrowia wydane przez lekarza specjalistę) - + 10 pkt.

☐ TAK

☐ NIE



Jestem osobą korzystającą z Funduszu Europejskiego Pomoc Żywnościowa (weryfikacja na zaświadczenia z odpowiedniej instytucji) - + 10 pkt.	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie (weryfikacja na zaświadczenia z odpowiedniej instytucji) - + 10 pkt.	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej (weryfikacja na zaświadczenia/ oświadczenia) - + 10 pkt.	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w ciągu ostatnich 12 miesięcy (weryfikacja na zaświadczenia z odpowiedniej instytucji) - + 10 pkt	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem kobietą (weryfikacja na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu aplikacyjnym oraz na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość – przedstawionego do wglądu) - + 5 pkt.	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu lekkim (weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność (zg. z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10), tj. orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi zaświadczenie potwierdzające stan zdrowia wydane przez lekarza specjalistę) - + 5 pkt.	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem osobą w wieku 18 - 29 lat lub 50 lat i więcej (weryfikacja na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu aplikacyjnym oraz na podstawie dokumentu potwierdzającego tożsamość – przedstawionego do wglądu) - + 5 pkt.	☐ TAK
	☐ NIE
Jestem osobą posiadającą wykształcenie do ISCED 3 (weryfikacja na podstawie świadectwa lub oświadczenia) - + 5 pkt.	☐ TAK
	☐ NIE
Łączna liczba punktów (uzupełnia Beneficjent)	



CZĘŚĆ VI – 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	



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	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich ²	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej ³	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania danych
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁴	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	☐ tak ☐ nie ☐ odmowa podania danych

OŚWIADCZENIA:

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

- 1) Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. „**Jutro w Twoich rękach**” nr **FEWP.06.10-IP.01-0067/25**.
- 2) Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie pn. „**Jutro w Twoich rękach**” nr **FEWP.06.10-IP.01-0067/25**, 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. „**Jutro w Twoich rękach**” nr **FEWP.06.10-IP.01-0067/25**



- 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 uczestnictwa 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:
 - a) zatrudnienie - kopia umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej, wpis do CEIDG/KRS, potwierdzenia z ZUS o opłacaniu składek, zaświadczenia od pracodawcy



- b) 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.

.....
Data

.....
Czytelny podpis

Kandydata/teki projektu

¹ **Osoba obcego pochodzenia** - to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów

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

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.

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/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.