



Potwierdzam zgodność  
danych zawartych  
w niniejszym formularzu  
z przedstawionym  
dokumentem tożsamości

(podpis pracownika Biura Projektu)

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Stabilne włączenie społeczne i zawodowe” nr RPWM.11.01.02-28-0010/20  
realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego  
Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Stabilne włączenie społeczne i zawodowe”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny (wszystkie białe pola).**

**Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.**

Dane osobowe											
Imię (imiona)											
Nazwisko											
PESEL											
Wiek											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
Adres zamieszkania											
Ulica, numer domu/ numer lokalu											
Kod pocztowy					Miejscowość						
Gmina					Powiat						
Województwo					DEGURBA (wypełnia osoba przyjmująca dokumenty)						
Dane kontaktowe (należy wypełnić co najmniej jedno pole)											
Telefon											
E-mail											



Wykształcenie	
<p><b>ISCED 0 – Niższe niż podstawowe</b> (Brak formalnego wykształcenia)</p> <p><b>ISCED 1 – Podstawowe</b> (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</p> <p><b>ISCED 2 – Gimnazjalne</b> (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</p> <p><b>ISCED 3 – Ponadgimnazjalne / ponadpodstawowe</b> (Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej/ zasadniczej szkoły zawodowej)</p> <p><b>ISCED 4 – Policealne</b> (Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</p> <p><b>ISCED 5 – 8 – Wyższe</b> (Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)</p>	<p><input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> Podstawowe</p> <p><input type="checkbox"/> Gimnazjalne</p> <p><input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne</p> <p><input type="checkbox"/> Policealne</p> <p><input type="checkbox"/> Wyższe</p>
Oświadczenia dotyczące kandydata/-tki	
Jestem osobą <b>zamieszkującą</b> w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie MOF Olsztyna (powiat olsztyński – gmina Barczewo, Dywity, Gietrzwałd, Jonkowo, Purda, Stawiguda; m. Olsztyn)	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>
Jestem osobą zamieszkującą na obszarze wyznaczonym do rewitalizacji – obszary m. Olsztyna oraz Barczewo	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>
Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>w tym</p> <p><b><u>(w przypadku zaznaczenia „bezrobotną zarejestrowaną w PUP”, należy załączyć aktualne zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy)</u></b></p> <p><b><u>(w przypadku zaznaczenia „bezrobotną niezarejestrowaną w PUP” lub „bierną zawodowo”, należy załączyć aktualne zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> bezrobotną zarejestrowaną w PUP</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobotną niezarejestrowaną w PUP</p> <p><input type="checkbox"/> bierną zawodowo</p>
<p>Jestem osobą <b>bezrobotną</b>, wobec której zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym</p> <p><b><u>(pole należy zostawić puste, w przypadku zaznaczenia „bierną zawodowo” w pytaniu powyżej)</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>



<p>Pozostają bez zatrudnienia od: <b><u>(należy wpisać, jeśli w polu „Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia” zaznaczono „Tak”)</u></b></p>	<p>--- -- -- -- (dd-mm-rrrr)</p>
<p>Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, ponieważ spełniam poniższe kryteria: <b><u>(należy zaznaczyć wszystkie dotyczące kandydata/-tki)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej / kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej*, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; <b><u>(niepotrzebne skreślić)</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą, rodzina przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością;</p> <p><input type="checkbox"/> członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań;</p> <p><input type="checkbox"/> jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba korzystająca z PO PŻ.</p> <p><b><u>(należy załączyć aktualne zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej)</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>



<p>Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego <b><u>(należy zaznaczyć „Tak” w przypadku zaznaczenia więcej niż jednego kryterium w poprzednim pytaniu)</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością <b><u>(należy załączyć aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia)</u></b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jeśli tak, proszę określić stopień</p>	<p><input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny</p>
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub niepełnosprawnością intelektualną i/lub zaburzeniami psychicznymi i/lub całościowymi zaburzeniami rozwoju</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Proszę określić <b>bariery wynikające z niepełnosprawności</b>, a związane z udziałem w projekcie</p>	
<p>..... ..... .....</p>	
<p>Proszę określić <b>specjalne wymagania</b>(w tym wynikające z niepełnosprawności), związane z udziałem w projekcie</p>	
<p>..... ..... .....</p>	
<p>Korzystam (korzystałem/-am) z PO PŻ</p>	<p><input type="checkbox"/> Tak      <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Jeśli tak, proszę określić, jakie działania były lub są realizowane w ramach <b><u>działań towarzyszących</u></b> w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020</p> <p>..... ..... .....</p>	



## OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/-am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w projekcie **„Stabilne włączenie społeczne i zawodowe”** zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014 – 2020.
3. Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie **„Stabilne włączenie społeczne i zawodowe”** oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu i innych dokumentach przez Beneficjenta projektu w celach rekrutacji i realizacji projektu zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz 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. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
6. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
7. Zobowiązuję się do przekazania Beneficjentowi danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji (w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie).
8. Zobowiązuję się do przekazania Beneficjentowi dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społecznej i efektywności zatrudnieniowej (w terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie).



***Uprzedzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.***

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI

.....  
PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Podpis Przedstawiciela ustawowego jest wymagany w przypadku, gdy Kandydat/ka jest osobą małoletnią.