

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	„Aktywna integracja mieszkańców województwa wielkopolskiego” RPWP.07.01.02-30-0065/19
Beneficjent	POLBI Sp. z o.o.
Priorytet	7. Włączenie społeczne
Działanie	7.1 Aktywna integracja

Część I. INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE/KANDYDATCE NA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe	Imię										
	Nazwisko										
	PESEL										
	Data urodzenia										
Adres zamieszkania	Miejscowość				Powiat						
	Gmina										
	Ulica				Kod pocztowy		-				
	Nr domu				Nr lokalu						
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy										
	Adres e-mail										
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)										
Wykształcenie <i>(należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</i>	Brak <i>ISCED 0 Brak formalnego wykształcenia</i>										
	Podstawowe <i>ISCED 1 Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej (6 klas)</i>										
	Gimnazjalne <i>ISCED 2 Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej (lub podstawowej 8 klas)</i>										



Ponadgimnazjalne ISCED 3 <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>	
Policealne ISCED 4 <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	
Wyższe ISCED 5-8 <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>	

Część II. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH

Status na rynku pracy	
Oświadczam, że (proszę zaznaczyć kwadrat w kolumnie TAK, jeśli dotyczy):	TAK
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy: - <i>pozostaję bez pracy, wyrażam gotowość do jej podjęcia i aktywnie poszukuję zatrudnienia</i>	<input type="checkbox"/>
W tym długotrwale bezrobotną: - <i>w przypadku osób poniżej 25 roku życia, jest to osoba bezrobotna przez okres co najmniej 6 miesięcy</i> - <i>w przypadku osób powyżej 25 roku życia, jest to osoba bezrobotna przez okres co najmniej 12 miesięcy</i>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy – tj. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą bierną zawodowo – tj. osobą, która w obecnej chwili nie pracuje, nie jest osobą bezrobotną i nie poszukuje zatrudnienia.	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą uczącą się	<input type="checkbox"/>
Jestem osoba nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/>

Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)	
Oświadczam, że (<i>proszę zaznaczyć kwadrat w kolumnie TAK, jeśli dotyczy</i>):	TAK
Korzystam z pomocy Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)	<input type="checkbox"/>
Korzystam z działań towarzyszących PO PŻ:	<input type="checkbox"/>
warsztatów kulinarnych dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kuchmistrzów, dietetyków, pokazujących różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych	<input type="checkbox"/>
warsztatów dietetycznych i dotyczących zdrowego żywienia	<input type="checkbox"/>
programów edukacyjnych propagujących zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności	<input type="checkbox"/>
warsztatów edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych)	<input type="checkbox"/>

Korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej	
Oświadczam, że (<i>proszę zaznaczyć kwadrat w kolumnie TAK, jeśli dotyczy</i>):	TAK
Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 ze zm.), finansowych i/lub niefinansowych	<input type="checkbox"/>
Nie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej, jednak kwalifikuję się do objęcia wsparciem z pomocy społecznej z powodu ¹ :	<input type="checkbox"/>

Powód:	TAK
Ubóstwa	<input type="checkbox"/>
Sieroctwa	<input type="checkbox"/>
Bezdomności	<input type="checkbox"/>
Bezrobocia	<input type="checkbox"/>
Niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
Długotrwałej lub ciężkiej choroby	<input type="checkbox"/>
Przemocy w rodzinie	<input type="checkbox"/>
Potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi	<input type="checkbox"/>
Potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	<input type="checkbox"/>

¹ Ma Pani/Pan prawo do odmowy podania danych wrażliwych dotyczących Pani/Pana statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej), jednakże może się to wiązać z niezakwalifikowaniem Pani/Pana do Projektu

Bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	<input type="checkbox"/>
Trudności w integracji cudzoziemców, przebywających na terytorium RP którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	<input type="checkbox"/>
Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	<input type="checkbox"/>
Alkoholizmu lub narkomanii	<input type="checkbox"/>
Zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej	<input type="checkbox"/>
Klęski żywiołowej lub ekologicznej	<input type="checkbox"/>

Część III. INFORMACJE DODATKOWE

DANE WRAŻLIWE	Odmawiam podania informacji	TAK	NIE
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą z niepełnosprawnościami (<i>należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności bądź równoważne</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- <i>posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne z powodu niepełnosprawności sprzężonej</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACJE DODATKOWE - PREMIUJĄCE	TAK	NIE	Punktacja
Jestem osobą korzystającą z PO PŻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5

Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną oraz z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5
Jestem osobą z lekkim stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
Jestem kobietą	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1

Część IV. PANI/PANA OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Nazwa Zadania	
<p>Z której formy wsparcia chciałby Pan/Pani skorzystać? <i>(należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji. Można zakreślić więcej niż jedno)</i></p>	<p>Diagnoza Uczestnika projektu</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Indywidualne konsultacje z psychologiem – 2 godz./os.</i> • <i>Indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym – 2 godz./os.</i> • <i>Indywidualne spotkania z pracownikiem socjalnym – 2 godz./os.</i> <p style="text-align: right;"><i>Udział obowiązkowy</i></p>
	<p>Aktywna integracja o charakterze społecznym, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Warsztaty kompetencji społecznych i interpersonalnych - 2 dni x 8 godzin,</i> <input type="checkbox"/> <i>Indywidualne poradnictwo psychologiczne/psychospołeczne – śr. 3 godz./os.</i> <input type="checkbox"/> <i>Indywidualne poradnictwo specjalistyczne razem - śr. 3 godz./os:</i>
	<p>Aktywna integracja o charakterze edukacyjnym, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Warsztaty aktywnego poszukiwania pracy - 2 dni x 6 h</i> <input type="checkbox"/> <i>Szkolenia zawodowe – śr. 120 godz./os.</i>
	<p>Aktywna integracja o charakterze zawodowym, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Indywidualne poradnictwo zawodowe – śr. 3 godz./os.</i> <input type="checkbox"/> <i>Indywidualne pośrednictwo pracy – śr. 3 godz./os.</i> <input type="checkbox"/> <i>Stáže zawodowe – 3 m-ce /min. 160 godz. w każdym m-cu</i>



Część V. OŚWIADCZENIE

JA NIŻEJ PODPISANY/A

.....

OŚWIADCZAM, że:

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia, są zgodne z prawdą. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu Projektu „Aktywna integracja mieszkańców województwa wielkopolskiego” akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania. Deklaruję swój udział w Projekcie „Aktywna integracja mieszkańców województwa wielkopolskiego”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
3. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
4. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społeczno-zatrudnieniowej po zakończonym udziale w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000).
6. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu Projektu „Aktywna integracja mieszkańców województwa wielkopolskiego” przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Wielkopolskiego 2014 - 2020.
7. Zostałem/-am poinformowany/-a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego Projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

dnia.....

Czytelny podpis Uczestnika projektu