

Projekt "Twój wybór – lepsze jutro" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn.

"Twój wybór – lepsze jutro"

Oś Priorytetowa IX *Włączenie społeczne*

Działanie IX.1 *Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym*

Poddziałanie IX.1.1 *Aktywizacja społeczno- zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym*

I Dane osobowe:		
Nazwisko		
Imię / Imiona		
Wiek (ukończone lata w dniu przystąpienia do projektu)		
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL		

II Adres zamieszkania:	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Ulica	
Numer domu/lokalu	

III Dane kontaktowe:	
Telefon komórkowy/stacjonarny	

Projekt "Twój wybór – lepsze jutro" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Adres e- mail		
IV Wykształcenie:		
Brak – niższe niż podstawowe (<i>Brak formalnego wykształcenia</i>)		
Podstawowe (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>)		
Gimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>)		
Ponadgimnazjalne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej</i>)		
w tym:	Kształcenie niezakończone egzaminem maturalnym	
	Kształcenie zakończone egzaminem maturalnym	
Policealne (<i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>)		
Wyższe (<i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym</i>)		

V Status na rynku pracy:		
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy posiadająca III profil pomocy	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba bierna, nieaktywna zawodowo	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
<p>Zgodnie z ustawą z dnia 14 marca 2014 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2017, poz. 1065) powiatowy urząd pracy, udzielając bezrobotnemu pomocy, niezwłocznie po rejestracji, ustala dla bezrobotnego profil pomocy, oznaczający właściwy ze względu na potrzeby bezrobotnego zakres form pomocy określonych w ustawie.</p> <p>Formy pomocy stosowane w III profilu to: Program Aktywizacja i Integracja, działania aktywizacyjne zlecone przez urząd pracy, programy specjalne, skierowanie do zatrudnienia wspieranego u pracodawcy lub podjęcia pracy w spółdzielni socjalnej zakładanej przez osoby prawne oraz w uzasadnionych przypadkach poradnictwo zawodowe.</p>		
VI Sytuacja uczestnika :		
Osoba mieszkająca na terenie miasta Zgierza	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba mieszkająca na terenie miasta Zgierza i zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Projekt "Twój wybór – lepsze jutro" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w tym z powodu:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
1) ubóstwa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2) sieroctwa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3) bezdomności	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4) niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5) długotrwałej lub ciężkiej choroby	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6) przemocy w rodzinie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
7) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności (dzieci do 3-go roku życia/ troje i więcej dzieci)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
9) bezradności w sprawach opiekuńczo wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
10) Trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochrony uzupełniającej 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 2013r o cudzoziemcach	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
11) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
12) Alkoholizmu lub narkomanii	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
13) Zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
14) Klęski żywiołowej lub ekologicznej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba z rodziny korzystającej z PO PŻ (Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Projekt "Twój wybór – lepsze jutro" współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

VII Dodatkowe informacje:	
Osoba niepełnosprawna	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
<i>Osoba niepełnosprawna w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2016 poz 2046 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz. U. z 2016 poz.546), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub inny dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</i>	
w tym:	
Osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba o lekkim stopniu niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnością z powodu zaburzeń psychicznych, intelektualnych, z powodu całościowych zaburzeń rozwojowych.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji do projektu „**Twój wybór – lepsze jutro**”, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim.
- Zostałem/em poinformowana/y, że wyżej wymieniony projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez Organizatora projektu w celach rekrutacji do projektu „**Twój wybór – lepsze jutro**”
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
- Ponadto zobowiązuję się w terminie 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie do przedłożenia Beneficjentowi pisemnej informacji nt. mojej sytuacji na rynku pracy.**
- Ponadto zobowiązuję się w terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie do dostarczenia dokumentów potwierdzających podjęcie zatrudnienia.**

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata do projektu