**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „Integracja-Aktywizacja”**

**Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICJENT** | **Fundacja „Manufaktura Inicjatyw”**  |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **Integracja-Aktywizacja** |
| **OKRES REALIZACJI PROJEKTU** | **01.09.2021-02.28.2023** |

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak stanowi warunek konieczny do uzyskania wsparcia w ramach projektu.

**Prosimy o wypełnienie poniższych danych:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA/CZKI** | **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub paszport w przypadku obcokrajowców** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Kraj** |  |
| **Płeć** | KOBIETA  MĘŻCZYZNA  |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** *(w przypadku jeśli nie podano nr PESEL)* |  |
| **Wykształcenie** | niższe niż podstawowe podstawowe gimnazjalne zasadnicze zawodowe lub branżowe średnie branżowe średnie wyższe  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy** | TAK  NIE  |
|  | **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba długotrwale bezrobotna
* Osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku dla bezrobotnych
* Osoba bezrobotna z prawem do zasiłku dla bezrobotnych
* inne
 |  |
|  | **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy** | TAK  NIE  |
|  | **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba długotrwale bezrobotna bez prawa do zasiłku dla osób bezrobotnych
* osoba bezrobotna z prawem do zasiłku lub świadczenia przedemerytalnego
* osoba bezrobotna z prawem do zasiłku dla osób bezrobotnych
* osoba bezrobotna bez prawa do zasiłku dla osób bezrobotnych
* inne
 |  |
|  | **Osoba bierna zawodowo (**osoby, które NIE tworzą zasobów siły roboczej, tj. nie pracują i nie są bezrobotne) | TAK  NIE  |
|  | **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* osoba ucząca się
* inne, w tym z prawem do:

- emerytury- renty z tytułu niezdolności do pracy- renty strukturalnej- nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego |  |
| **Osoba pracująca**  | TAK  NIE  |
| **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* osoba pracująca w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba pracująca w MMŚP
* osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* inne
 |
| **Wyuczony zawód (wpisz właściwe):** |
| **STATUS UCZESTNIKA/CZKIW CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | TAK  NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | TAK  NIE  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami****(posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równorzędny, np. KRUS, ZUS, służby mundurowe etc.)** | TAK  NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| Jeśli TAK, proszę uzupełnić poniższe informacje:  a) Orzeczenie wydane na czas określony do………../trwaleb) Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie ze względu na niepełnosprawność:TAK  NIE  NIE DOTYCZY c) Proszę określić specjalne potrzeby: asystent osobisty trener pracy inne, jakie? |
| **Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione, przykład osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej: były więzień, osoba uzależniona)** | TAK  NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| **Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | TAK  NIE  |
| **Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego** | TAK  NIE  |
|  | **Osoba poniżej 18 roku życia:**  |  TAK i spełniam jeden lub kilka z poniższych warunków: jestem w pieczy zastępczej i opuszczam tą pieczę,  wobec mnie zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;  przebywam w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii przebywam w innej placówce wsparcia dziennego, napisać jakiej?………………………… NIE |
|  | **Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z zamieszkaniem na terenie objętym rewitalizacją i objętych programem rewitalizacji** | TAK  NIE NIE WIEM |
| **Osoba, która korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020** | TAK  NIE  |
| **Osoba, która należy do grup wskazanych w ustawie o zatrudnieni socjalnym** | TAK  NIE  |

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. należę do minimum****jednej z poniższych grup:** | ***Należy wskazać odpowiedź TAK lub NIE*** |
| osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej1 |  |
| osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13.06.2003 r. o zatrudnieniu socjalnym 2 |  |
| osoby przebywające w pieczy zastępczej3 lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 09.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j.. Dz. U. z 2017, , poz. 697 z późn. zm.) |  |
| osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (t.j.: Dz. U. z 2016, poz. 1654, z późn. zm) |  |
| osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j.: Dz. U. z 2017, poz. 2198, z późn. zm.) |  |
| osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020 |  |
| członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością |  |
| osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu |  |
| osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 |  |
| osoby odbywające kary pozbawienia wolności |  |
| osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościową 2014-2020 (PO PŻ) |  |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością:** | ***Należy wskazać odpowiedź TAK lub NIE oraz wskazać inne wymagane informacje*** |
| w stopniu lekkim |  |
| w stopniu umiarkowanym |  |
| w stopniu znacznym |  |
| z niepełnosprawnością sprzężoną |  |
| z niepełnosprawnością intelektualną |  |
| z zaburzeniami psychicznymi |  |
| posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym – proszę wpisać stopień |  |
| posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia |  |
| posiadającą orzeczenie o niezdolności do pracy |  |
| posiadającą orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim |  |
| posiadającą inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.) |  |
| *w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi* posiadającą dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia |  |
| posiadającą inny dokument stwierdzający istnienie niepełnosprawności (jaki…………………………………..) |  |
| **Mieszkam na obszarach zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji** | ***Należy wskazać odpowiedź TAK lub NIE*** |
|  |

1 art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

1. ubóstwa;
2. sieroctwa;
3. bezdomności;
4. bezrobocia;
5. niepełnosprawności;
6. długotrwałej lub ciężkiej choroby;
7. przemocy w rodzinie;

7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;

1. potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
2. bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
3. trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
4. alkoholizmu lub narkomanii;
5. zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
6. klęski żywiołowej lub ekologicznej.

2 art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj.: przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

1. bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
2. uzależnionych od alkoholu,
3. uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,
4. chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
5. długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
6. zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
7. uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
8. osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

3 w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

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.

….……………….............................

 Czytelny podpis osoby kandydującej

**Ponadto oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie **„Integracja-Aktywizacja”** akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim.;

2. Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020.

3. po zakwalifikowaniu się do projektu dołączę deklarację uczestnictwa w projekcie wraz ze wszystkimi niezbędnymi oświadczeniami na potrzeby realizacji projektu,

4. Jestem Świadomy/a odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy, na podst. art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. 1997r., Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) tj.: *„Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie”*, oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.

……………..……………………… ……………………………………………………………

 Data czytelny podpis osoby kandydującej