**Projekt „Aktywni w ZAZ w Jarosławiu”**

**jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020   
z udziałem środków PFRON.**

Projekt realizowany jest przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jarosławiu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą wniosek | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Numer formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

* + - 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Dane personelu | | | |
| 1. | Imię / Imiona | |  | |
| 2. | Nazwisko | |  | |
| 3. | Data i miejsce urodzenia | |  | |
| 4. | Płeć | | □ Kobieta | □ Mężczyzna |
| 5. | Telefon kontaktowy: | | Telefon stacjonarny: | |
| Telefon komórkowy: | |
| 6. | Adres e – mail | |  | |
| 7. | Adres zamieszkania | | | |
| A | Miejscowość |  | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| D | Kod pocztowy |  | |
| E | Województwo |  | |
| F | Powiat |  | |
| G | Gmina |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 8. | Dane teleadresowe opiekuna prawnego  (*wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną*) | | | |
| A | Miejscowość |  | |
| B | Rodzaj miejscowości | □ Miasto | □ Wieś |
| C | Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| D | Kod pocztowy |  | |
| E | Województwo |  | |
| F | Powiat |  | |
| G | Gmina |  | |

**II. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| 1. | Wykształcenie *(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)* |  | Brak | |
|  | Podstawowe | |
|  | Gimnazjalne | |
|  | Zasadnicze zawodowe | |
|  | Średnie | |
|  | Wyższe | |
|  | | | | |
| 2. | Status na rynku pracy *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Osoba bezrobotna **(bezrobotny zarejestrowany**  **w ewidencji urzędów pracy)** | |
|  | Osoba bezrobotna **(bezrobotny niezarejestrowany  w ewidencji urzędów pracy ale poszukujący pracy  i gotowy do jej podjęcia)** | |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna[[1]](#footnote-1) **(długotrwale bezrobotny zarejestrowany w urzędach pracy)** | |
|  | Osoba długotrwale bezrobotna  **(długotrwale bezrobotny niezarejestrowany  w urzędach pracy ale poszukujący pracy i gotowy do jej podjęcia)** | |
|  | Osoba aktywna zawodowo, tzn. zatrudniona | |
|  | Osoba bierna zawodowo | |
|  | | | | |
| 3. | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Niepełnosprawność w stopniu lekkim | |
|  | Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym | |
|  | Niepełnosprawność w stopniu znacznym | |
| Symbol przyczyny niepełnosprawności: …………...…………..  Data ważności orzeczenia:………………………..……………. | | |
|  | | | | |
| 4. | Ubezwłasnowolnienie *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | TAK | □ CZĘŚCIOWE □ CAŁKOWITE |
|  | NIE | |
|  | | | | |
| 5. | Preferowane stanowisko pracy *(proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź)* |  | Pracownik na stanowisku pracownik produkcyjno /usługowy | |
|  | Pracownik na stanowisku pomoc kuchenna | |
|  |  |  | Pracownik porządkowy | |
|  |  |  | Pracownik administracyjno - magazynowy | |
|  | | | | |

Celem zapewnienia pełnej dostępności osobom z różnymi niepełnosprawnościami   
i potrzebami do udziału w projekcie prosimy wymienić jakie niezbędne udogodnienia moglibyśmy zapewnić w celu skorzystania z projektu………………………………………….

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

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

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/kandydatki/ opiekuna prawnego)*

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**Ja, niżej podpisany/podpisana**

**…………………………………………………………………………………………………..**

(imię i nazwisko)

**oświadczam, że:**

* dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe,
* dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Aktywni w ZAZ w Jarosławiu”
* zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Aktywni   
  w ZAZ w Jarosławiu” oraz akceptuję jego warunki,
* zostałem poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, z udziałem środków PFRON. Działanie 8.1. „Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym”.
* Udzielam/nie udzielam1 Wnioskodawcy nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania mojego wizerunku. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Wnioskodawcę działalnością   
  i celami projektu pn. „Aktywni w ZAZ w Jarosławiu” w tym w procesie rekrutacji;
* W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie pn:”Aktywni w ZAZ   
  w Jarosławiu” zobowiązuje się do udostępnienia danych dotyczących sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie zgodnie z zakresem danych określonym w załączniku nr 5 do umowy o dofinansowanie;
* W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie pn: ”Aktywni w ZAZ   
  w Jarosławiu” zobowiązuje się udostępnić dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej/społeczno – zatrudnieniowej (jeśli dotyczy) tj.m.in. dotyczącego mojego statusu na rynku pracy, w tym zakresie zawartej umowy o pracę, umowy cywilnoprawne, dokumentów potwierdzających prowadzenie działalności gospodarczej, w tym odprowadzanie składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

……………………………………………………………………..

*(Data i czytelny podpis Kandyda/ opiekuna prawnego)*

1 należy niewłaściwe przekreślić

**Wykaz wymaganych załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Numer załącznika | Wykaz wymaganych załączników | Załączono | Nie załączono |
| 1 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA NA RYNKU PRACY | 🞎 | 🞎 |
| 2 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA | 🞎 | 🞎 |
| 3 | OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA | 🞎 | 🞎 |
| 4 | Kserokopia orzeczenia o Stopniu  NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | 🞎 | 🞎 |
| 5 | ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH | 🞎 | 🞎 |

1. Osoby bezrobotne nieprzerwalnie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy) liczonych do dnia złożenia Formularza zgłoszeniowego do udziału w projekcie. [↑](#footnote-ref-1)