Załącznik nr 1

Data wpływu: ……………………..

Numer: ……………………………

**ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKÓW**

**BIORĄCYCH UDZIAŁ W PROJEKCIE:**

**„Lepsze jutro!”**

**Nr projektu:** RPWP.07.01.02-30-0042/16 **Oś priorytetowa:** 7 Włączenie społeczne

**Działanie:** 7.1 Aktywna integracja   
**Poddziałanie:** 7.1.2 Aktywna integracja – projekty konkursowe

**Dane osoby objętej wsparciem, która uczestniczy we wsparciu z własnej inicjatywy:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Nazwa** |
| **Dane uczestnika** | **Imię :** |
| **Nazwisko:** |
| **Płeć:**  🞎 kobieta  🞎 mężczyzna |
|
| **Data i miejsce urodzenia:** |
| **Wiek w chwili przystępowania do projektu:** |
| **PESEL \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** |
| **Wykształcenie:**  🞎 niższe niż podstawowe (ISCED 0)  🞎 podstawowe (na poziomie szkoły podstawowej) (ISCED 1)  🞎 gimnazjalne (na poziomie szkoły gimnazjalnej) (ISCED 2)  🞎 ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) (ISCED 3)  🞎 policealne (ukończenie szkoły po liceum, technikum) (ISCED 4)  🞎 wyższe (wykształcenie na poziomie szkoły wyższej) (ISCED 5-8) |
|
| **Dane kontaktowe** | **Ulica/wieś:** |
| **Nr budynku:** |
| **Nr lokalu:** |
| **Miejscowość:** |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA):**  🞎 MIEJSKI 🞎 WIEJSKI |
| **Kod pocztowy:** |
| **Województwo:** |
| **Powiat:** |
| **Gmina:** |
| **Telefon kontaktowy:** |
| **Adres e – mail:** |
| **Status uczestnika** | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:**  🞎 osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w wieku powyżej 18 roku życia  🞎 osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w wieku powyżej 18 roku życia  **LUB**  🞎 osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w wieku powyżej 18 roku życia  🞎 osoba długotrwale bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w wieku powyżej 18 roku życia  **LUB**  🞎 osoba bierna zawodowo w wieku powyżej 18 roku życia |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**   * Osoba zagrożona ubóstwem/zagrożeniem społecznym zg. z def. zawartą w wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. I zwal. Ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020   🞎 Nie  🞎 Tak   * Osoba korzystająca z POPŻ   🞎 Nie  🞎 Tak   * Osoba zamieszkała w woj. wlkp. wg KC na obszarach OSI   🞎 Nie  🞎 Tak |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:**   * Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia   🞎 Nie  🞎 Tak  🞎 Odmowa podania informacji   * Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań   🞎 Nie  🞎 Tak   * Osoba z niepełnosprawnościami   🞎 Nie  🞎 Tak  🞎 Odmowa podania informacji   * Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących   🞎 Nie  🞎 Tak   * W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu   🞎 Nie  🞎 Tak   * Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu   🞎 Nie  🞎 Tak  🞎 Odmowa podania informacji   * Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)   🞎 Nie  🞎 Tak  🞎 Odmowa podania informacji |
|  | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym opisem osi priorytetowych Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020/ zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie Projektu  🞎 TAK 🞎 NIE |
| **Kryteria premiujące** | **🞎** Ubóstwo - **+5 pkt**  **🞎** Niepełnosprawność - **+5pkt**  **🞎** Niepełnosprawność w stopniu znacznym i umiarkowanym i/lub niepełnosprawność intelektualna lub niepełnosprawności sprzężone i/lub zaburzenia psychiczne - **+5 pkt**  **🞎** Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa - **+5 pkt**  **🞎** Każda inna przesłanka wymieniona w „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020” - **+2 pkt**  wymienić przesłanki:  1..............................................................................................................  2...............................................................................................................  3................................................................................................................ |
| **Szczegóły wsparcia** | Data rozpoczęcia udziału w projekcie: |
| Data zakończenia udziału w projekcie: |
| **Rodzaj przyznanego wsparcia:**  🞎 indywidualne spotkania z doradcą zawodowym - …………………………………………  🞎 indywidualne pośrednictwo pracy - .…..…………………………………….  🞎 indywidualne wsparcie pracownika socjalnego - …..…….……………………………….  🞎 wsparcie psychologiczno-doradcze - ……….…………..…………………….  🞎 treningi kompetencji - ……….…………..…………………….  🞎 szkolenie - ……….…………..…………………….  🞎 usługi rehabilitacyjne - ……….…………..……………………  🞎 staż zawodowy - ………..………………………………. |
| Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa:  🞎 TAK 🞎 NIE |
| Powód przerwania udziału osoby we wsparciu:  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Sytuacja 1** osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:  🞎 osoba kontynuuje zatrudnienie  🞎 osoba nabyła kompetencje  🞎 osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie  🞎 osoba podjęła kształcenie lub szkolenie  🞎 osoba podjęła zatrudnienie |
| **Sytuacja 2** osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie:  🞎 osoba kontynuuje zatrudnienie  🞎 osoba nabyła kompetencje  🞎 osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie  🞎 osoba podjęła kształcenie lub szkolenie |

*Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.*

……………………...…………………………………

Miejscowość, data

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

Podpis kierownika projektu Podpis uczestnika projektu