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