



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

Data wpływu:	Podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny:	
--------------	---	--

### Formularz rekrutacyjny

**Szanowni Państwo!** Prosimy o czytelne wypełnienie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**) lub wstawić „X” w białych, pustych polach.

<b>DANE PROJEKTU</b> <i>(dane uzupełnia przedstawiciel beneficjenta)</i>	Tytuł projektu	„Akademia samodzielności”		Nr projektu	POWR.01.05.01-00-0100/20	
	Program Operacyjny	Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój				
	Oś priorytetowa	Rynek pracy otwarty dla wszystkich	Działanie	1.5 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami		
	Poddziałanie	1.5.1 Rozwój potencjału zawodowego osób z niepełnosprawnościami – Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej				
<b>DANE KANDYDATKI/ KANDYDATA</b>	Nazwisko					
	Imię (imiona)					
	PESEL			Wiek w chwili wypełniania formularza rekrutacyjnego		
	Data urodzenia		Miejsce urodzenia			
	Płeć	Kobieta <input type="checkbox"/>		Mężczyzna <input type="checkbox"/>		
	Poziom wykształcenia	ISCED 0 - Brak		ISCED 3 Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)		
		ISCED 1 Podstawowe		ISCED 4 Policealne		
		ISCED 2 Gimnazjalne		ISCED 5-8 Wyższe		
	<b>Adres zamieszkania</b>					
	Województwo		Powiat			
	Gmina					
	Miejscowość					
	Ulica					
	Nr domu		Nr mieszkania		Kod pocztowy	
	Poczta			Obszar zamieszkiwania	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
	<b>Adres korespondencyjny ( o ile jest inny niż zamieszkania)</b>					
	Kod pocztowy, miejscowość					
Ulica, nr domu, nr mieszkania						
<b>Dane kontaktowe</b>						
Telefon	<input type="checkbox"/> nie posiadam					
E-mail	<input type="checkbox"/> nie posiadam					



### KRYTERIA FORMALNE

Zamieszkiwanie zgodnie z Kodeksem Cywilnym w Polsce	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wiek powyżej 18 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Status na rynku pracy</b>		
Osoba <b>bezrobotna zarejestrowana</b> w ewidencji PUP	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba <b>bezrobotna niezarejestrowana</b> w ewidencji PUP	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>W tym DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba <b>bierna zawodowo</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba <b>nieuczestnicząca w kształceniu/ szkoleniu</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>Opis niepełnosprawności</b>		
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK (jako załącznik przedkładam: kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"><li>Stopień lekki /częściowa niezdolność do pracy/III grupa</li></ul>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"><li>Stopień umiarkowany / całkowita niezdolność do pracy/II grupa</li></ul>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"><li>Stopień znaczny/ całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji/I grupa</li></ul>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną uwzględniającą co najmniej dwie jednostki chorobowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą, co do której orzeczono niepełnosprawność intelektualną, chorobę psychiczną, epilepsję lub całościowe zaburzenia w przypadku zaliczenia do lekkiego stopnia niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą, która w wyniku choroby lub wypadku doznała pogorszenia stanu zdrowia i z tego powodu utraciła możliwość wykonywania dotychczasowej pracy nieposiadającą orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK (jako załącznik przedkładam: dokument poświadczający stan zdrowia lub dokument potwierdzający chorobę przez okres min. 182 dni w ciągu 2 lat przed rozpoczęciem udziału w projekcie, tj. dokument potwierdzający okres zwolnienia lekarskiego/zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres choroby)	<input type="checkbox"/> NIE



KRYTERIA DODATKOWE	TAK	NIE
<b>Zamieszkiwanie na w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na obszarach wiejskich wg DEGURBA (+10pkt)</b> (jako załącznik przedkładam oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych)		
<b>Status osoby z niepełnosprawnościami o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osoby z niepełnosprawnością sprzężoną/ osoby wobec których orzeczono niepełnosprawność intelektualną, chorobę psychiczną, epilepsję lub całościowe zaburzenia rozwojowe (+5pkt)</b> (jako załącznik przedkładam oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych)		
..... <i>W przypadku odpowiedzi TAK należy wpisać informacje o szczególnych potrzebach</i>		
<b>Niskie kwalifikacje – wykształcenie do ISCED 3 włącznie (+5pkt)</b> (jako załącznik przedkładam oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych)		
<b>Pozostawanie bez pracy powyżej 12 miesięcy (+5pkt)</b> (jako załącznik przedkładam oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych)		
<b>Wiek powyżej 50 roku życia (+3pkt)</b> (jako załącznik przedkładam oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych)		
<b>Status byłego UP z CT9 RPO (+3pkt)</b> (jako załącznik przedkładam oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych)		

**Do formularza prosimy o załączenie następujących dokumentów:**

- oświadczenie o spełnieniu kryteriów formalnych
- oświadczenie o spełnieniu kryteriów dodatkowych - *jeżeli dotyczy*
- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
- dokument poświadczający stan zdrowia lub dokument potwierdzający chorobę przez okres min. 182 dni w ciągu 2 lat przed rozpoczęciem udziału w projekcie, tj. dokument potwierdzający okres zwolnienia lekarskiego/zaświadczenie lekarskie potwierdzające okres choroby – *jeżeli dotyczy*
- dokument potwierdzający status bezrobotnego/biernego zawodowo, tj. zaświadczenie z ZUS o przebiegu ubezpieczenia społecznego

**MINIMALNY ZAKRES DANYCH KONIECZNY DO WPROWADZENIA DO CENTRALNEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**

Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku Projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

<b>Oświadczam, że jestem:</b>	<b>Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</b> - cudzoziemcy, na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym, mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.	<input type="checkbox"/> tak
		<input type="checkbox"/> nie
		<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
	<b>Osobą bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b> - bezdomność wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach). 2. bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, w schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane).	<input type="checkbox"/> tak
	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Osobą z niepełnosprawnościami</b> - osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	
<b>Osobą w innej niż wymienione powyżej niekorzystnej sytuacji społecznej</b> - kategoria odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, <u>z wyłączeniem</u> cech wykazanych we wskaźnikach dotyczących: osób z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> tak	
	<input type="checkbox"/> nie	
	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji	



### OŚWIADCZAM, ŻE:

- Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Akademia samodzielności” nr POWR.01.05.01-00-0100/20.
- Podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
- Zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie „Akademia samodzielności” POWER.01.05.01-00-0100/20, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Centrum Edukacji i Zarządzania Korporacja „Romaniszyn” Sp. z o.o. jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez Centrum Edukacji i Zarządzania Korporacja „Romaniszyn” Sp. z o.o. wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2014. Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Centrum Edukacji i Zarządzania Korporacja „Romaniszyn” Sp. z o.o. zapewnia standard ochrony danych zgodnie ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć, materiałów i filmów z moim wizerunkiem przez Centrum Edukacji i Zarządzania Korporacja „Romaniszyn” Sp. z o.o. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.
- Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
- Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
- Oświadczam, że potrzebuję/nie potrzebuję\* pomocy asystenta, żeby móc uczestniczyć w działaniach Projektu (na przykład w dotarciu na zajęcia).
- Oświadczam, że pełnię funkcje opiekuńcze/nie pełnię funkcji opiekuńczych \* nad dzieckiem lub inną osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Potrzebuję / nie potrzebuję\* sfinansowania kosztów opieki w trakcie mojego udziału w Projekcie. Pod pojęciem osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu należy rozumieć osobę zgodnie z definicją zawartą w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 - 2020.
- Osobom uczestniczącym w szkoleniach przysługuje stypendium szkoleniowe zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020. Oświadczam, że chcę otrzymywać stypendium szkoleniowe / rezygnuję z otrzymywania stypendium szkoleniowego.\*



### OŚWIADCZENIE

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy/artykuł 233k.k./ oświadczam, że moje miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (w celu ustalenia miejsca zamieszkania należy uwzględnić: czas trwania i ciągłość pobytu na terytorium danego państwa członkowskiego charakter i specyfikę wykonywanej pracy, miejsce w którym praca jest zazwyczaj wykonywana, jej stały charakter oraz czas trwania, sytuację rodzinną i więzi rodzinne, sytuację mieszkaniową, oraz to czy sytuacja ma charakter stały).

### OŚWIADCZENIE

Na Dzień wypełnienia formularza rekrutacyjnego nie uczestniczę w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej.

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/TKI DO PROJEKTU

.....