



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

do projektu „**SKUTE CZNA AKTYWIZACJA – PRZYSZŁOŚĆ REWELACJA**”
*Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo,
Działanie 9.1. Włączenie społeczne i rozwój usług społecznych w ramach ZIT,
Poddziałanie 9.1.1. Aktywne włączenie społeczne w ramach ZIT
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego
na lata 2014 – 2020*

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data przyjęcia formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**SKUTE CZNA AKTYWIZACJA – PRZYSZŁOŚĆ REWELACJA**”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

Lp.	DANE PERSONALNE	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brak PESEL
6.	Adres zamieszkania	
	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
f	Kod pocztowy	
7.	Adres kontaktowy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) <input type="checkbox"/> DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
f	Kod pocztowy	
8.	Telefon kontaktowy	
9.	Adres e-mail:	



10.	<p>Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe</td> <td><input type="checkbox"/> Podstawowe</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gimnazjalne</td> <td><input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Policealne</td> <td><input type="checkbox"/> Wyższe</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Podstawowe	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> Policealne	<input type="checkbox"/> Wyższe
<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> Podstawowe							
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne							
<input type="checkbox"/> Policealne	<input type="checkbox"/> Wyższe							

II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ				
1.	<p>Przynależność Kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center; vertical-align: top;"><input type="checkbox"/></td> <td style="vertical-align: top;"> <p>OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM</p> <p><input type="checkbox"/> osoba fizyczna zamieszkująca w rozumieniu k.c. lub pracująca lub ucząca się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i Gminy Miasta Toruń</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo -wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<p>OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM</p> <p><input type="checkbox"/> osoba fizyczna zamieszkująca w rozumieniu k.c. lub pracująca lub ucząca się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i Gminy Miasta Toruń</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo -wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii;
<input type="checkbox"/>	<p>OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM</p> <p><input type="checkbox"/> osoba fizyczna zamieszkująca w rozumieniu k.c. lub pracująca lub ucząca się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i Gminy Miasta Toruń</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ubóstwa; <input type="checkbox"/> sieroctwa; <input type="checkbox"/> bezdomności; <input type="checkbox"/> bezrobocia; <input type="checkbox"/> niepełnosprawności; <input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby; <input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; <input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo -wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii; 			



		<input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej. <input type="checkbox"/> Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, która przed zastosowaniem instrumentów i usług rynku pracy wymaga aktywizacji społecznej
KRYTERIA PREMIUJĄCE		
		<input type="checkbox"/> Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia. <input type="checkbox"/> Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych). <input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina). <input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca na obszarach zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji.
KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA		
2.	Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP, w tym:
		<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna
		<input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP
		<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna
		<input type="checkbox"/> inne
		<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo
		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w tym:



		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
		Wykonywany zawód:	
		<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny
		Zatrudniony w:..... nazwa i adres miejsca zatrudnienia	

III. POZOSTAŁE INFORMACJE

		TAK	NIE	Odma-wiam podania informa-cji
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Status kandydata w chwili	2.Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3.Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	<i>Jeśli dotyczy:</i> <i>Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?</i>		
	4.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

Nr	ZAŁĄCZNIKI	ZAŁĄCZAM	NIE ZAŁĄCZAM
1.	Zaświadczenie dotyczące korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zaświadczenie dotyczące korzystania z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Innym dokument niż orzeczenie o niepełnosprawności poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Zaświadczenie o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna w ewidencji powiatowego urzędu pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów rekrutacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Deklaracja uczestnictwa w projekcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....
Miejscowość, data (dzień, miesiąc, rok)

.....
Czytelny podpis Kandydata

¹ Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględnić wskazane poniżej grupy: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; narkomani; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich.