Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

do projektu ***„Razem możemy więcej!”***
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego
na lata 2014-2020,
Oś Priorytetowa 11 Rozwój lokalny kierowany przez społeczność,
Działanie 11.1 Włączenie społeczne na obszarach objętych LSR,

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 ***„Razem możemy więcej!”.***
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. W przypadku kryteriów dotyczących przynależności do grupy docelowej oraz kryteriów premiujących należy dołożyć potwierdzenia w postaci zaświadczeń lub oświadczeń.
7. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
8. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.

Fundusze Europejskie Program Regionalny | Województwo Kujawsko-Pomorskie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

Lp.	DANE PERSONALNE		
1.	**Imię**		
2.	**Nazwisko**		
3.	**Data urodzenia**		
4.	**Płeć**	☐ **Kobieta**	☐ **Mężczyzna**
5.	**PESEL**	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ **Brak PESEL**	
6.	**Wiek**		
7.	**Adres zamieszkania**		
	a	**Województwo**	
	b	**Powiat**	
	c	**Gmina**	
	d	**Miejscowość**	
	e	**Ulica, nr domu/lokalu**	
	f	**Kod pocztowy**	
8.	**Adres kontaktowy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** ☐ DOTYCZY ☐ NIE DOTYCZY		
	a	**Województwo**	
	b	**Powiat**	
	c	**Gmina**	
	d	**Miejscowość**	
	e	**Ulica, nr domu/lokalu**	
	f	**Kod pocztowy**	
9.	**Telefon kontaktowy** (lub tel. kontaktowy do osoby sprawującej opiekę)		
10.	**Adres e-mail:**		
11.	**Poziom wykształcenia** (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	☐ **Niższe niż podstawowe** ☐ **Gimnazjalne** ☐ **Policealne**	☐ **Podstawowe** ☐ **Ponadgimnazjalne** ☐ **Wyższe**

II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ			
1.	Przynależność Kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x" we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)	☐	**OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM** ☐ Osoba zamieszkująca na terenie obszaru LSR ☐ 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: ☐ ubóstwa; ☐ sieroctwa; ☐ bezdomności; ☐ bezrobocia; ☐ niepełnosprawności; ☐ długotrwałej lub ciężkiej choroby; ☐ przemocy w rodzinie; ☐ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; ☐ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; ☐ bezradności w sprawach opiekuńczo -wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; ☐ trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; ☐ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; ☐ alkoholizmu lub narkomanii; ☐ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; ☐ klęski żywiołowej lub ekologicznej.
			KRYTERIA PREMIUJĄCE ☐ Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia. ☐ Osoba niepełnosprawna ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. ☐ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. ☐ Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina). ☐ Osoba z obszaru zdegradowanego wyznaczonego w lokalnych

		☐	programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji. **OTOCZENIE OSÓB ZAGROŻONYCH UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM** ☐ Osoba z otoczenia osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (oświadczenie) ☐ opiekun faktyczny; ☐ opiekun prawny; ☐ rodzina; ☐ wolontariusz; ☐ przyjaciel; ☐ sąsiad; ☐ Osoba zamieszkująca na terenie obszaru LSR (oświadczenie)
KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA			
2.	Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x" w każdym właściwym miejscu)	☐	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP
		☐	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP
		☐	Osoba bierna zawodowo
		☐	Osoba pracująca w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ inne ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
		Wykonywany zawód:	
			☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel kształcenia przedszkolnego ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik

			społecznej	☐ inny
		Zatrudniony w:……... Nazwa i adres miejsca zatrudnienia		

III. POZOSTAŁE INFORMACJE

			TAK	NIE	Odmawiam podania informacji
	Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	1.Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐	☐	☐
		2.Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐	☐	
		3.Osoba z niepełnosprawnościami	☐	☐	☐
		Jeśli dotyczy: *Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?*……. ……..			
		4.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)[1]	☐	☐	☐

IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

Nr	ZAŁĄCZNIKI W związku z zadeklarowaniem przez kandydata statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w celu weryfikacji statusu należy przedłożyć:	ZAŁĄCZAM	NIE ZAŁĄCZAM
1.	Zaświadczenie lub oświadczenie dot. korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	☐	☐
2.	Zaświadczenie/decyzja dot. korzystania z pomocy społecznej lub oświadczenie osoby kwalifikującej się do objęcia wsparciem pomocy społecznej (zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej)	☐	☐
3.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia równoważnego	☐	☐
4.	Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów rekrutacji	☐	☐
5.	Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie	☐	☐

[1] Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać 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.

6.	Oświadczenie osoby z otoczenia		

Ja, niżej podpisana/y ……

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie pt. „**Razem możemy więcej!”** realizowanym przez Toruńskie Centrum Usług Społecznych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 11 Rozwój lokalny kierowany przez społeczność, Działanie 11.1 Włączenie społeczne na obszarach objętych LSR, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

2. Deklaruję chęć aktywnego udziału we wszystkich zaproponowanych w ramach projektu formach wsparcia

3. Deklaruję chęć udziału w badaniach ankietowych, wynikających z wymogów projektu, które odbywać się będą w czasie realizacji projektu, a także po jego zakończeniu

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[2]

[2] W przypadku danych dotyczących osoby niepełnoletniej formularz podpisuje osoba sprawująca opiekę.