



Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

do projektu „**Toruń po mojemu!**”
Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo,
Działanie 9.2. Włączenie społeczne
Poddziałanie 9.2.1 Aktywne włączenie społeczne
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 „**Toruń po mojemu!**”.
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 (lub tel. kontaktowy do osoby sprawującej opiekę)	
9.	Adres e-mail:	
10.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<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>
<input type="checkbox"/>	<p>OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, która przed zastosowaniem instrumentów i usług rynku pracy w pierwszej kolejności wymagają aktywizacji społecznej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy, która przed zastosowaniem instrumentów i usług rynku pracy wymaga aktywizacji społecznej; <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy, spełniająca łącznie następujące warunki: <ul style="list-style-type: none"> – osoba pozostająca bez pracy, – osoba gotowa do podjęcia pracy, – osoba aktywnie poszukująca zatrudnienia; <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo i nie poszukująca pracy w momencie przystąpienia do projektu (w tym osoba niepełnosprawna); <p><input type="checkbox"/> Osoba ze środowiska zagrożonego ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w szczególności z obszarów zdegradowanych, w tym objętych rewitalizacją: Podgórz, Bydgoskie Przedmieście, Stare Miasto;</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 marca 2004 r. 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 cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o



		<p>cudzoziemcach;</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</p> <p><input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii;</p> <p><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</p> <p><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej;</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna</p> <p style="text-align: center;">KRYTERIA PREMIUJĄCE</p> <p><input type="checkbox"/> a) Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego;</p> <p><input type="checkbox"/> b) Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;</p> <p><input type="checkbox"/> c) Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;</p> <p><input type="checkbox"/> d) Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina);</p> <p><input type="checkbox"/> e) Osoba z obszaru zdegradowanego wyznaczonego w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji</p> <p style="text-align: center;">OSOBA Z OTOCZENIA OSOBY ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM</p> <p><input type="checkbox"/> Opiekun faktyczny</p> <p><input type="checkbox"/> Opiekun prawny</p> <p><input type="checkbox"/> Rodzina</p> <p><input type="checkbox"/> Wolontariusz</p> <p><input type="checkbox"/> Przyjaciel</p> <p><input type="checkbox"/> Sąsiad</p>
KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA		
2.	Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	<p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się</p> <p><input type="checkbox"/> inne:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca</p> <p>w tym:</p>



	<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

Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)		TAK	NIE	Odma-wiam podania infor-macji
	1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jeśli dotyczy:</i> Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?			
4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) ¹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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.



IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

Nr	ZAŁĄCZNIKI		ZAŁĄCZAM	NIE ZAŁĄCZAM
	W związku z zadeklarowaniem przez kandydata statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w celu weryfikacji statusu należy przedłożyć:			
1.	Zaświadczenie/decyzja/oświadczenie dot. korzystania z pomocy społecznej osoby kwalifikującej się do objęcia wsparciem pomocy społecznej (zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zaświadczenie/oświadczenie dot. korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia równoważnego (dla pkt. b kryterium premiującego)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia (dla pkt. c kryterium premiującego)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kopia decyzji/zaświadczenie z PUP (w przypadku osób bezrobotnych zarejestrowanych w PUP)		<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"/>
8.	Oświadczenie Uczestnika Projektu (ochrona danych osobowych)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Oświadczenie dla osoby z otoczenia uczestnika		<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 Kandydata²

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