

Projekt pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu	„ Mazowieckie Centrum Aktywizacji”
Nr ewidencyjny projektu	RPMA.09.01.00-14-e293/20
Numer i nazwa Osi Priorytetowej w ramach Programu Operacyjnego	IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej	9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta (3 pkt)	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL		Wiek	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 (1pkt) <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 (1pkt) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 (1pkt) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3 (1pkt) <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 <input type="checkbox"/> Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich itp.) ISCED 5-8		
Ulica			
Nr domu/lokalu			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski	<input type="checkbox"/> Obszar wiejski	
Województwo		Powiat	
Gmina – ZAKREŚL ZAMIESZKIWANĄ GMINĘ	Baranowo, Bodzanów, Borkowice, Brok (miasto), Brok (obszar wiejski), Bulkowo, Ciepeliów, Chlewiska, Chorzele (miasto), Chorzele (obszar wiejski), Chotcza, Czarnia, Czerwonka, Drobin (miasto), Drobin (obszar wiejski), Garbatka-Letnisko, Gostynin (gmina wiejska), Goworowo, Gozdowo, Gózd, Iłów, Iłża (miasto), Iłża (obszar wiejski), Jabłonna Lacka, Jastrząb, Jedlnia-Letnisko, Jednorozec, Krzynowłoga Mała, Lipsko (miasto), Lipsko (obszar wiejski), Łosice (miasto), Łosice (obszar wiejski), Magnuszew, Maków Mazowiecki, Małkinia Górna, Mirów, Mochowo, Odrzywół, Orońsko, Parysów, Platerów, Przasnysz (gmina wiejska), Przysucha (miasto), Przysucha (obszar wiejski), Przytyk, Raciąż (gmina wiejska), Rościszewo, Rusinów, Rzewnie, Sierpc (gmina wiejska), Sanniki (obszar wiejski), Siemiątkowo, Skaryszew (miasto), Skaryszew (obszar wiejski), Słubice, Szeków, Szydłowiec (miasto), Szydłowiec (obszar wiejski), Strachówka, Wieniawa, Wierzbica, Wolanów, Wyszogród (miasto), Wyszogród (obszar wiejski), Zaręby Kościelne, Zawidz		



Projekt pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Telefon	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania)	

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością <i>(wymagane orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny)</i>	<input type="checkbox"/> Tak (3 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	
Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób niepełnosprawnych (wypełniają tylko osoby z niepełnosprawnościami; w przypadku gdy nie ma potrzeb/usprawnień, prosimy wpisać „brak”)	
Proszę określić potrzeby/specjalne wymagania wynikające z Pana/Pani niepełnosprawności, związane z udziałem w projekcie:	
a) w zakresie materiałów szkoleniowych?	
.....	
.....	
b) w zakresie sali szkoleniowej?	
.....	
.....	
c) inne, jakie?	
.....	
.....	

Projekt pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

OŚWIADCZENIA DOT. STATUSU OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

NALEŻY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE POLE W KAŻDYM Z PONIŻSZYCH WIERSZY

Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo ¹ (wymagane zaświadczenie z ZUS- US7)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy (wymagane zaświadczenie z PUP)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy (wymagane zaświadczenie z ZUS- US7)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną, w zależności od wieku: - poniżej 25 lat – bezrobotny/a nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy - 25 lat lub więcej – bezrobotny/a nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy Nie pracuję od	<input type="checkbox"/> Tak (1 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 ² (wymagane oświadczenie lub zaświadczenie potwierdzające korzystanie z programu)	<input type="checkbox"/> Tak (2 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że należę do osób lub rodziny korzystających/korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujących się/kwalifikującej się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniających, co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że należę do osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (ZAKREŚL WŁAŚCIWE) 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z właściwej instytucji)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

¹ Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, która nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawana jest za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowane już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

² zakres wsparcia nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała/uje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących

Projekt pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

Oświadczam, że należę do osób przebywających w pieczy zastępczej lub opuszczających pieczę zastępczą oraz rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z właściwej instytucji, lub kuratora)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że należę do osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/młodzieżowego/ socjoterapii)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością i nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ³ <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub jego opiekuna, lub zaświadczenie od lekarza lub odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, w formie dozoru elektronicznego <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, lub zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu karnego lub innej instytucji czy organizacji zajmującej się pracą z osobami odbywającymi karę pozbawienia wolności; kopia postanowienia sądu)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
INFORMACJE DODATKOWE	
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

³ osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014- 2020, Oś priorytetowa: IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji”.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu i innych dokumentach przez Beneficjenta Projektu w celach rekrutacji i realizacji Projektu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, że moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu przez Centrum Rozwoju Społeczno-Ekonomicznego będącego administratorem danych.
- Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
- Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, o których mowa w art. 9 ust. 2 lit. g. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o prawie do dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, że podanie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych.



Projekt pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia, równocześnie zobowiązuję się że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie z przyczyn uzasadnionych (podjęcie pracy lub pobyt w szpitalu), niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Beneficjenta Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a, że w trakcie uczestnictwa w projekcie pn. „Mazowieckie Centrum Aktywizacji” i do końca realizacji całości zaplanowanego dla każdego Uczestnika Projektu wsparcia nie jest możliwe uczestnictwo w innym projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS, a tym samym korzystanie z innych formach wsparcia współfinansowanych ze środków publicznych.
- Zostałem/am poinformowany/a o tym, że z chwilą przystąpienia do projektu każdy Uczestnik Projektu będący osobą fizyczną składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679. W przypadku Uczestnika Projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa jego opiekun prawny.
- Zobowiązuję się do przekazania organizatorowi projektu danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy (w przypadku podjęcia zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu, kopia umowy o pracę; w przypadku działalności gospodarczej: dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej; w przypadku osób poszukujących pracy: oświadczenie Uczestnika Projektu o poszukiwaniu pracy/zaświadczenie potwierdzające rejestrację w urzędzie pracy) oraz informacji o uzyskanych kwalifikacjach zawodowych (kopia certyfikatów potwierdzających uzyskane kwalifikacje zawodowe) - do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
- Zobowiązuję się do przekazania organizatorowi projektu kopii umowy o pracę lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie, jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt prowadzenia takiej działalności (efektywność zatrudnieniowa): dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ – np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Urząd Skarbowy, wpis do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), potwierdzające prowadzenie działalności.

Upředzona/y o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCE, DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA PROJEKTU

Potwierdzam zgodność danych osobowych z przedstawionym dokumentem tożsamości

.....
(Potwierdza Kadra Projektu)