**FORMULARZ REKRUTACYJNO-ZGŁOSZENIOWY**

**do projektu pt.**

**„Energicznie w lepszą przyszłość”**

**RPWM.11.01.01-28-0003/18**

|  |  |
| --- | --- |
| **UPRZEJMIE PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK DRUKOWANYMI LITERAMI  I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU** | |
| Beneficjent | Stowarzyszenie „Nasza Suwalszczyzna” |
| Tytuł projektu | Energicznie w lepszą przyszłość |
| Numer projektu | nr RPWM.11.01.01-28-0003/18 |
| Priorytet | RPWM.11.00.00 - Włączenie społeczne |
| Działanie | RPWM.11.01.00 - Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie |
| Poddziałania | RPWM.11.01.00 – Aktywizacja społeczna i zawodowa osób wykluczonych oraz zagrożonych wykluczeniem społecznym – projekty konkursowe |
| Termin realizacji projektu | 01.06.2019 – 31.07.2020 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE PODSTAWOWE KANDYDATA/KI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | | | Nazwisko | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Płeć | * Kobieta | | | | | | * mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wiek |  | PESEL |  | | |  | | |  |  | | |  |  | |  | |  |  | | |  |  |
| **II. ADRES ZAMIESZKANIA**  (osoby zamieszkujące obszar powiatów - miasto Suwałki, suwalski, augustowski, sejneński i grajewski) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | Nr budynku | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Nr lokalu | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | Kod pocztowy | | | | | | |  |  | | - |  | | |  |  |
| Województwo |  | | | | | | | Powiat | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Gmina |  | | | | | | | obszar | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **III. DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tel. stacjonarny |  | | | Adres  e - mail | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Tel. komórkowy |  | | |
| **IV. DODATKOWE INFORMACJE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** | * **niższe niż podstawowe** *(ISCED 0)* * **Podstawowe** ( ISCED 1*)* * **Gimnazjalne** *( ISCED 2 )* * **Ponadgimnazjalne** *( ISCED 3- Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)* * **Policealne** *( ISCED 4 -Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* * **Wyższe** *( ISCED 5-8)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. Przynależność do grupy docelowej projektu** (w dniu złożenia Dokumentacji Rekrutacyjnej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| .  **KRYTERIA REKRUTACYJNE** | ***Należy zaznaczyć „X”******właściwe pole w każdym z wierszy poniżej(jeżeli zaznaczyłeś x „tak” należy załączyć odpowiedni dokument)*** | | | | | | | | | | | | | | | Tak | | | | Nie | | | |
| **ZAMIESZKUJĘ NA TERENIE POWIATU (właściwe podkreślić):** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| MOF Ełk – gmina Ełk i miasto Ełk | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba pełnoletnia (ukończony 18 r.ż.) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **JESTEM OSOBĄ ZAGROŻONĄ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM, TJ.:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoby lub rodziny korzystające ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną – ***zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy – ***zaświadczenie z urzędu pracy*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) - ***oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający korzystanie z programu (zaśw.)*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Osoby z niepełnosprawnością –***orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnoącią, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością – ***odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia oraz oświadczenie uczestnika(z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Jestem osobą o których mowa w art. 1 ust.2 z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym - ***zaświadczenie z właściwej instytucji lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającepieczę zastępczą**,** rodziny przeżywające trudność w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczej, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i sestemie pieczy zastępczej - ***zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, oświadczenie uczestnika lub opiekuna prawnego  w przypadku osób niepełnoletnich np. rodzica zastępczego ( z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Jestem osobą nieletnią wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich – ***zaświadczenie od kuratora, zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym: kopia postanowienia sądu; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośr. wychowawczym i młodzieżowym ośr. socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. 1991 Nr 95 poz. 425 z późn. zm.)- ***zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/młodzieżowego/socjoterapii*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Osoby niesamodzielne ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia – ***zaświadczenie od lekarza: odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna, jeśli możliwe jest uzyskanie oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | **STATUS NA RYNKU PRACY TAK NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy (*zaświadczenie z PUP)***  **\* w tym : długotrwale bezrobotną** (Według Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy osobą długotrwale bezrobotną nazywa się kogoś, kto jest zarejestrowany  w urzędzie pracy jako osoba bezrobotna przez łącznie 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
| **Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy *(oświadczenie uczestnika)***  **\* w tym : długotrwale bezrobotną** (Osoby długotrwale bezrobotne to osoby bezrobotne pozostające bez zatrudnienia nieprzerwanie w okresie powyżej 12 miesięcy (zarejestrowane lub niezarejestrowane  w urzędzie pracy). | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | | | |  | | | |
|  | **Jestem osobą bierną/ nieaktywną zawodowo  *(oświadczenie uczestnika)*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| **KRYTERIA DODATKOWE**  (dodatkowe punkty) | **KRYTERIA PREFERENCYJNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) - ***oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający korzystanie z programu*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż z jednej przesłanek | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością –***orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą).*** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
| Kobieta | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Osoby długotrwale bezrobotne | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Osoby o niskich kwalifikacjach | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | **PREFEROWANE SZKOLENIE /KURS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Recepcjonista/-ka z modułem prawo jazdy komputerowe ECDL | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Spawanie metodą TIG 141 | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Spawanie metodą MIG | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Magazynier/-ka z mod. obsł. wózka widłowego oraz bezp. wymianą butli | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Operator / - ka koparko ładowarki | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Opiekun/-ka dziecięcy powyżej 3 lat z modułem I pomocy przedmedycznej | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Masazysta/-ka I i II stopnia | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |
|  | Kucharz I i II stopnia kuchnia amerykańska | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NALEŻĄCYCY JEDNOCZEŚNIE CO NAJMNIEJ DO JEDNEJ Z PONIŻSZYCH GRUP** | | TAK | NIE |
| **1** | **Osoba z niepełnosprawnością** |  |  |
| **2** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** |  |  |
| **3** | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |  |  |
| **4** | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** |  |  |

Data ………………………………….….. Czytelny podpis …………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**

Ja niżej podpisany/a ………..………………………………………………………………… zamieszkały/a……………………………………….

(imię i nazwisko) (adres zamieszkania)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

oświadczam, że:

* wszystkie dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjno-zgłoszeniowym są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
* zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Energicznie w lepszą przyszłość” – nr RPWM.11.01.01-28-0003/18-00 i akceptuję jego warunki,
* zamieszkuję na terenie MOF Ełk – gmina Ełk i miasto Ełk,
* Zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko – Mazurskiego na lata 2014-2020
* wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym tzw. danych wrażliwych [tj. danych określonych w art.27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U.   
  z 2016r. poz. 922) przez Realizatora projektu w procesie rekrutacji do projektu „Energicznie w lepszą przyszłość”,
* zostałem /am poinformowany /a o prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawienia zgodnie   
  z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz.922). Przekazanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu,

Data ………………………………….….. Czytelny podpis …………………………………………………………………..

**PRZYJMUJĘ DO WIADOMOŚCI, ŻE**

1. Dane zawarte w formularzu rekrutacyjno-zgłoszeniowym mogą być weryfikowane przez Stowarzyszenie „Nasza Suwalszczyzna” oraz w razie konieczności przez inne instytucje zaangażowane we wdrażanie RPO WM na lata 2014-2020.
2. Przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia/dokumentu na etapie zakwalifikowania Kandydata na Uczestnika Projektu lub podanie danych w formularzu rekrutacyjno-zgłoszeniowym niezgodnych ze stanem faktycznym skutkować będzie wykluczeniem z projektu.

Data ……………………………………….. Czytelny podpis ……………………………….………………………………..