**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do projektu pn.**

**„Razem ku lepszej przyszłości”   
nr RPPD.07.01.00-20-0268/19**

|  |  |
| --- | --- |
| **UPRZEJMIE PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU** | |
| Beneficjent | COGNITIO – Centrum Przedsiębiorczości i Szkoleń s.c |
| Tytuł projektu | „Razem ku lepszej przyszłości” |
| Numer projektu | nr RPPD.07.01.00-20-0268/19 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE PODSTAWOWE KANDYDATA/KI** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię (imiona) | |  | | | | | | | Nazwisko | | | |  | | | | | | | | |
| Płeć | | * Kobieta | | | | | | | | * mężczyzna | | | | | | | | | | | |
| Wiek | |  | | | PESEL | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | Tak | Nie |
| **ZAMIESZKUJĘ NA TERENIE POWIATU (właściwe podkreślić):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| M. Białystok, białostocki, sokólski, hajnowski, bielski, siemiatycki | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba pełnoletnia (ukończony 18 r.ż.) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **JESTEM OSOBĄ ZAGROŻONĄ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM, TJ.:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osobą lub członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej** zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej –*oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający korzystanie z programu* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)** - *dokument potwierdzający korzystanie z programu* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością,** w którym o ile co najmniej jeden z członków nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością - *oświadczenie uczestnika* *(z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osobą z niepełnosprawnością -** w rozumieniu „Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans…” – *orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** w rozumieniu „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji…”- *oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osobą, o której mowa w art. 1 ust.2 z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym** - *oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych,** o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej- *oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna, jeśli możliwe jest uzyskanie oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **Osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości** zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich – *oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii**, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty – *oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osobą niesamodzielną** – *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** (zarejestrowaną 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** (osoba bezrobotna, pozostającą bez zatrudnienia nieprzerwanie w okresie powyżej 12 miesięcy, w ciągu ostatniccj 2 lat) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Jestem osobą bierną/nieaktywną zawodowo *(oświadczenie uczestnika)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **KRYTERIA DODATKOWE** | | **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** 2014-2020 (PO PŻ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż z jednej przesłanki** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osoba o niskich kwalifikacjach** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Osoba z niepełnosprawnością (podkreślić właściwe):**  - o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności  - z niepełnosprawnością sprzężoną  - z niepełnosprawnością intelektualną, zaburzeniami psychicznymi, całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
| **Kobieta** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |
|  | | **PREFEROWANE SZKOLENIE /KURS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pracownik ds. rachunkowości z ECDL | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Spawacz | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Sprzedawca z obsługą kas fiskalnych i ECDL | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Magazynier/-ka z mod. obsł. wózka widłowego | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Operator / - ka koparko ładowarki | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Opiekun/-ka dzienny | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | Kucharz | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | Inne (prosimy wpisać propozycję)……………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………….. | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**  (odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | | Nie | |  | | | | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)  2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)  3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)  4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak | | |  | | | Nie | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm), a także osoby  z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | | Nie | |  | | | | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**  Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.  (Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tak |  | | | Nie | |  | | | | | | Odmowa podania informacji | | | | | |  | | | | |

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

**OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**

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

(imię i nazwisko) (adres zamieszkania)………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

oświadczam, że:

* wszystkie dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne z prawdą oraz jestem świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą zgodnie z §233 Kodeksu Karnego
* zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Razem ku lepszej przyszłości” nr **RPPD.07.01.00-20-0268/19** i akceptuję jego warunki,
* zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie jednego z powiatów objętych projektem,
* zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego 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 „Razem ku lepszej przyszłości” nr **RPPD.07.01.00-20-0268/19**,
* 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,
* spełniam kryteria rekrutacyjne projektu,
* deklaruję chęć udziału w projekcie i stosowania się do jego regulaminu,
* zostałem poinformowany, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu droga telefoniczną i elektroniczną.
* wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania Projektu na stronach internetowych, w audycjach i publikacjach.

**Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:**

* Dane zawarte w formularzu rekrutacyjno-zgłoszeniowym mogą być weryfikowane przez COGNITIO – Centrum Przedsiębiorczości i Szkoleń S.C. oraz Stowarzyszenie „Nasza Suwalszczyzna” (partner projektu) i w razie konieczności przez inne instytucje zaangażowane we wdrażanie RPO WP na lata 2014-2020,
* 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,
* oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, zgodnie z art. 68a ust. 9 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności 2014-2020 w zw. z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

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