**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**w ramach projektu pn.:**

**„Samodzielna droga do aktywności życiowej”, nr: RRWP.07.01.02-30-0030/22**

współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

oraz Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020  
Oś Priorytetowa: 7. Włączenie społeczne,   
Działanie: 7.1. Aktywna integracja,

Poddziałanie: 7.1.2. Aktywna integracja – projekty konkursowe

|  |  |
| --- | --- |
| **DATA PRZYJĘCIA FORMULARZA** |  |
| **PODPIS SPECJALISTY DS. OBSŁUGI PROJEKTU** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE PODSTAWOWE**  FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI LUB  ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X” W BIAŁYCH, PUSTYCH POLACH | | | | | | |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |  | | | | | |
| **DATA URODZENIA** *(DD-MM-RRRR)* |  | **PESEL** |  | | | |
| **WIEK**  *(wypełnia osoba weryfikująca formularz)* |  | | | | | |
| **PŁEĆ** | ⬜ Kobieta  ⬜ Mężczyzna | **Telefon kontaktowy** |  | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** *wg Kodeksu Cywilnego miejscem zamieszkania jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu* | **Ulica:** |  | | | | |
| **Nr domu/lokalu:** |  | | | | |
| **Miejscowość:** |  | | | | |
| **Kod pocztowy:** |  | | | | |
| **Województwo:** |  | | | | |
| **Powiat:** |  | | | | |
| **Gmina:** |  | | | | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI**  *(jeśli inny niż adres zamieszkania)* | Ulica: ……………….…………………..………….…………………………………………  Nr domu: ……………………………………………………………………..………………  Nr lokalu: ……….…………………………………………………………………………….  Kod pocztowy: \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_  Miejscowość: ……………………….………………………………………………………… | | | | | |
| **OBSZAR ZAMIESZKIWANIA**  *(wypełnia osoba weryfikująca formularz)* | ⬜ obszar miejski  ⬜ obszar wiejski | | | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | 🞎 BRAK (brak formalnego wykształcenia - ISCED 0) 🞎PODSTAWOWE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej - ISCED 1) 🞎GIMNAZJALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej - ISCED 2) 🞎PONADGIMNAZJALNE (liceum, technikum, szkoła zawodowa - ISCED 3) 🞎POLICEALNE (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej - ISCED 4) 🞎WYŻSZE (pełne i zakończone – licencjat lub magisterium - ISCED 5-8) | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY**  *Należy zaznaczyć wszystkie kategorie, które dotyczą* | **Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez pracy:**  🞎TAK 🞎 NIE,  a jeżeli TAK to: | | | | | |
| 🞎 jestem osobą bierną zawodowo[[1]](#footnote-1)  w tym:  🞎 nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, 🞎 uczącą się, 🞎 inne | | | | | |
| **DODATKOWE DANE**  *Proszę zaznaczyć właściwe pole w każdym z wierszy* | Jestem osobą z niepełnosprawnością[[2]](#footnote-2) | | | 🞎 Odmowa podania informacji | 🞎 TAK | 🞎 NIE |
| Jestem migrantem[[3]](#footnote-3) lub osobą obcego pochodzenia[[4]](#footnote-4) lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej[[5]](#footnote-5) | | | 🞎 Odmowa podania informacji | 🞎 TAK | 🞎 NIE |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.[[6]](#footnote-6) | | | 🞎 Odmowa podania informacji | 🞎 TAK | 🞎 NIE |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wyżej wymienione)[[7]](#footnote-7) | | | 🞎 Odmowa podania informacji | 🞎 TAK | 🞎 NIE |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczenia kandydata/ki do projektu**  **Przynależność do grupy docelowej – kryteria formalne:** | | | | |
| 1. Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją zawartą w wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwal. ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020, tj. spełniam jedną przesłankę wskazaną poniżej: | Tak |  | Nie |  |
| a) Jestem osobą lub jestem członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, (Załącznik nr 1 do formularza rekrutacyjnego). | Tak |  | Nie |  |
| b) Jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym. | Tak |  | Nie |  |
| c) Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej[[8]](#footnote-8) lub opuszczające 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. | Tak |  | Nie |  |
| d) Jestem 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 969). | Tak |  | Nie |  |
| e) Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. nr 1457, z późn. zm.) (należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka wychowawczego, młodzieżowego, socjoterapii). | Tak |  | Nie |  |
| f) Jestem osobą z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020; lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia). | Tak |  | Nie |  |
| g) Jestem członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością (należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia). | Tak |  | Nie |  |
| h) Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. | Tak |  | Nie |  |
| i) Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020. | Tak |  | Nie |  |
| j) Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności[[9]](#footnote-9). | Tak |  | Nie |  |
| k) Jestem osobą korzystającą z POPŻ (Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa) (należy dołączyć oświadczenie lub zaświadczenie z odpowiedniej instytucji). | Tak |  | Nie |  |
| 2. Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodową. | Tak |  | Nie |  |
| 3. Oświadczam, że mieszkam na terenie gminy woj. wielkopolskiego wg KC (zgodnie z pkt. 3.3 wniosku). | Tak |  | Nie |  |
| 4. Oświadczam, że jestem osobą w wieku pow. 18 r.ż. | Tak |  | Nie |  |
| 5. Oświadczam, że jestem osobą o niskich kwalifikacjach (wykształcenie do ISCED 3 włącznie). | Tak |  | Nie |  |
| **W przypadku posiadania statusu osoby niepełnosprawnej, zgłaszam następującą/e potrzebę/y specjalną/e związaną/e z moją niepełnosprawnością:**  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PONADTO NALEŻĘ DO JEDNEJ Z PONIŻSZYCH GRUP – KRYTERIA PREMUJĄCE** | | | | |
| 1. Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością [w stopniu znacznym/umiarkowanym i/lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/lub os. z zaburzeniami psychicznymi, w tym os. z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi]  *(weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności/dokumentu poświadczającego stan zdrowia)* (**+5 pkt**) | Tak |  | Nie |  |
| 2. Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego  *(weryfikacja na podstawie oświadczenia/zaświadczenia np. z OPS/MOPR/PCPR, orzeczenia o niepełnosprawności, dokumentu potwierdzającego stan zdrowia, lub inny dokument potwierdzający przesłanki wykluczenia, każda przesłanka w ramach wielokrotnego wykluczenia to dodatkowe punkty)* **(+2 pkt.)** | Tak |  | Nie |  |
| 3. Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z PO PŻ  *(weryfikacja na podstawie oświadczenia/zaświadczenia)* **(+5 pkt)** | Tak |  | Nie |  |
| 4. Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społ. w związku z realizacją programów rewitalizacji obszarów zdegradowanych w rozumieniu wytycznych z zakresie rewitalizacji **(+5 pkt.)** | Tak |  | Nie |  |
| 5. Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością  *(weryfikacja na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, dokumentu poświadczającego stan zdrowia)* **(+5pkt)** | Tak |  | Nie |  |
| 6. Oświadczam, że jestem osobą spełniającą przesłanki ubóstwa  *(weryfikacja na podstawie oświadczeniu/zaświadczenia o dochodach – osoba samotnie gospodarująca do 776, 00 zł, w rodzinie do 600,00 zł)* **(+5 pkt)** | Tak |  | Nie |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI** |
| **Oświadczam, że:**   * Podane wyżej dane są zgodne z prawdą, * Posiadam / nie posiadam *(nie właściwe skreślić)* pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych, * Zostałem/-am poinformowany o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, * Zapoznałem/-am się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Samodzielna droga do aktywności życiowej”, nr: RPWP.07.01.02-30-0030/22, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian, * Zostałem/-am poinformowany, ze jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okoliczności mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie, * Zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanym na terenie gmin województwa wielkopolskiego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014 - 2020, * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby procesu rekrutacji projektu  „Samodzielna droga do aktywności życiowej”, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018r.  (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000), * Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez Fundację Aktywizacji Społecznej bestWAY w Obornikach. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych  w stosunku do Instytucji Pośredniczącej, * Zobowiązuję się w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnić dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy (dokumenty/zaświadczenia świadczące o poszukiwaniu pracy lub o podjęciu pracy) oraz informację na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji, nabyciu kompetencji (wyniki egzaminów, certyfikaty), * Zobowiązuję się w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnić dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy (dokumenty/zaświadczenia świadczące o poszukiwaniu pracy lub o podjęciu pracy) oraz udostępnić dane na temat dokonanego postępu w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej (zaświadczenie o podjęciu nauki/wolontariatu/terapii uzależnienia, zaświadczenia od lekarza, psychologa, terapeuty zajęciowego, pracownika socjalnego, pedagoga, ankiety UP).   **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Miejscowość, data Czytelny podpis |

1. Oznacza osobę, która w danej chwili nie pracuje i nie jest bezrobotna. Za osoby bezrobotne uznaje się studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) oraz osoby będące na urlopie wychowawczym tylko wtedy, gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne; Osobami bezrobotnymi  **NIE SĄ**: osoby na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim, prowadzące działalność na własny rachunek, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność/gospodarstwo rolne); osoby zarejestrowane w KRUS jako domownik, osoby objęte zatrudnieniem subsydiowanym. [↑](#footnote-ref-1)
2. Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 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. z 2017 r. poz. 882 z późn. zm.) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. [↑](#footnote-ref-3)
4. Są to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. [↑](#footnote-ref-4)
5. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-5)
6. Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności –specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). [↑](#footnote-ref-6)
7. Wskaźnik odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, a nie objętych wskaźnikami dot. osób z niepełnosprawnościami, migrantów, osób obcego pochodzenia i mniejszości. Bezdomność i wykluczenie z dostępu do mieszkań oraz pochodzenie z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3) powinno zawsze być wykazywane we wskaźniku dot. innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej. Niekorzystna sytuacja dotycząca płci, statusu na rynku pracy - jak długotrwałe bezrobocie, wiek lub osiągnięcie wykształcenia co najmniej na poziomie ISCED 1, objęta jest wspólnymi wskaźnikami i nie powinna być uwzględniana w tym wskaźniku. Przykładem takiego uczestnika może być osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej ISCED 1) i jest poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1 (w przypadku osób objętych reformą edukacji przeprowadzoną w 2017 r. – poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 2). Innym przykładem uczestników, których należy wykazać we wskaźniku są byli więźniowie, narkomani itp. W przypadku, kiedy dana osoba zostaje uznana za znajdującą się w niekorzystnej sytuacji (np. z ww. powodu wykształcenia) jest jednocześnie np. osobą z niepełnosprawnościami, należy ją wykazać w obu wskaźnikach (dot. niepełnosprawności oraz niekorzystnej sytuacji). [↑](#footnote-ref-7)
8. W tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. [↑](#footnote-ref-8)
9. Wsparcie dla osób odbywających karę pozbawienia wolności udziela się wyłącznie w ramach PO WER, z wyjątkiem osób objętych dozorem elektronicznym. [↑](#footnote-ref-9)