

Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020
Oś Priorytetowa VII Włączenie społeczne
Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej

Projekt pn. **NASZE RÓWNE SZANSE W SZKOLENIU I ZATRUDNIENIU – aktywna integracja Mieszkanek i Mieszkańców Powiatu Wałeckiego prowadząca do zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej**

Nr umowy: UDA-RPZP.07.02.00-32-K009/17-00

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

I. Dane personalne kandydata/kandydatki do projektu:

Imię													
Nazwisko													
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna												
Wiek													
PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												

Adres zamieszkania:			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	WAŁECKI
Województwo:	ZACHODNIOPOMORSKIE		
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			

Poziom wykształcenia	<input type="checkbox"/> wyższe
	<input type="checkbox"/> policealne
	<input type="checkbox"/> średnie zawodowe
	<input type="checkbox"/> średnie ogólnokształcące
	<input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> podstawowe ukończone

	<input type="checkbox"/> pozostałe
Opieka nad dzieckiem poniżej 7 lat lub osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

II. Przynależność kandydata/kandydatki do projektu:

<p>Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj.: spełniająca przesłankę:</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 cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> uzależnioną od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
---	---



<input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej;	
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub ją opuszczająca	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba nieletnia wobec, której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnością <i>(do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie jeśli TAK wskazać stopień: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
Osoba z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezrobotna, dla której ustalono III profil pomocy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba niesamodzielną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) Jeśli TAK: W ramach PO PŻ korzystam z następującego wsparcia (proszę wymienić): 1) 2) 3)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Osoba uczestnicząca wcześniej w projektach PO KL lub PO WER	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
--	------------------------------	------------------------------

III. Status kandydata/kandydatki do projektu:

Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <i>(należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <i>(ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 24 miesięcy)</i>		
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
w tym:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <i>(jakie?)</i>		
Osoba posiadająca kwalifikacje zawodowe	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
W tym poziom kwalifikacji zawodowych:	<input type="checkbox"/> niski	<input type="checkbox"/> wysoki	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak		<input type="checkbox"/> Nie
	jeśli TAK proszę podać: zawód wykonywany:..... miejsce pracy:.....		

IV. Dodatkowe informacje:

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 przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym); b) która ma niską motywację do zmiany własnej sytuacji życiowej c) zwolnioną z zakładu karnego;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie ?	
Proszę wpisać w odpowiednim miejscu jakie?	<input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych
	<input type="checkbox"/> alternatywne formy materiałów
	<input type="checkbox"/> zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:.....
	<input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego
	<input type="checkbox"/> specjalne wyżywienie:
	<input type="checkbox"/> inne jakie?.....

Ja, niżej podpisany/-a, świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Formularzu zgłoszeniowym do projektu” są zgodne z prawdą i aktualne.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procedury rekrutacji do projektu „**NASZE RÓWNE SZANSE W SZKOLENIU I ZATRUDNIENIU – aktywna integracja Mieszkanek i Mieszkańców Powiatu Wałeckiego prowadząca do zatrudnienia w Zakładzie Aktywności Zawodowej**” – zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922) w celu realizacji projektu w szczególności: potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych.*

Administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 w ramach zbioru Projektów RPO WZ 2014 – 2020 z siedzibą przy ul. Korsarzy 34; 70-540 Szczecin.

Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania beneficjentowi realizującemu projekt - Powiatowi Wałeckiemu ul. J. Dąbrowskiego 17; 78-600 Wałcz.

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania skutkuje brakiem możliwości przeprowadzenia rekrutacji do projektu.

Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika / Uczestniczki