**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| Numer referencyjny Formularza  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data wpływu formularza  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**„PRZEZ INTEGRACJĘ DO ZATRUDNIENIA”**

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, w ramach Priorytetu IX Wspieranie włączenia społecznego walka z ubóstwem, Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu.

|  |  |
| --- | --- |
| **I. INFORMACJE O KANDYDATCE/CIE NA UCZESTNICZKĘ/KA PROJEKTU** | |
| 1. Imię i Nazwisko |  |
| 2. Obywatelstwo |  |
| 3.Data urodzenia |  |
| 4. PESEL: |  |
| **5. Miejsce zamieszkania tożsame z adresem do korespondencji**  **(w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) :** | |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina/Dzielnica: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| **6. Numer telefonu kontaktowego:** |  |
| **7. Adres poczty e-mail:** |  |
| **8.** **Posiadane wykształcenie** (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź):  ❒ 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, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) – ISCED 3  ❒ Policealne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej) – ISCED 4  ❒ Wyższe (krótkiego cyklu, licencjackie, magisterskie, doktoranckie) - ISCED 5-8 | |
| **9. Status na rynku pracy (należy wybrać jedną odpowiedź):** | |
| **❒ osoba pracująca**  **❒** moje dochody nie przekraczają progu interwencji socjalnej (dla osoby samotnie gospodarującej - 634 zł, dla osoby w rodzinie - 514 zł)  Wykonywany zawód: ……………………………………………………………………………..  Nazwa pracodawcy:………………………………………………………………………………..  Rodzaj instytucji:  **❒** rządowa;  **❒** samorządowa;  **❒** MMŚP;  **❒** organizacja pozarządowa;  **❒** samozatrudniony/a;  **❒** duże przedsiębiorstwo | |
| **❒ bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,** | |
| **❒ bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy**  *\* należy dostarczyć odpowiedni dokument potwierdzający* | |
| **❒ długotrwale bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,** | |
| **❒ długotrwale bezrobotną zarejestrowana w urzędzie pracy**  *\* należy dostarczyć odpowiedni dokument potwierdzający* | |
| **❒ bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy,** | |
| **❒ bierna zawodowo**  ❒osoba ucząca się; ❒osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu; | |
| **10. Sytuacja społeczna** | |
| **a/ Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem Pomocy Społecznej spełniająca minimum 1 z przesłanek określoną w art. 7 ustawy z 12.03.2004 r o pomocy społecznej.tj. (prosimy o zaznaczenie wszystkich, które dotyczą):**  ❒ ubóstwa;  ❒ sieroctwa;  ❒ bezdomności;  ❒ bezrobocia;  ❒ niepełnosprawności;  ❒ długotrwałej lub ciężkiej choroby;  ❒ przemocy w rodzinie;  ❒ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;  ❒ bezradności w sprawach opiekuńczo- wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;  ❒ braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze;  ❒ trudności w integracji osób , które otrzymały status uchodźcy;  ❒) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;  ❒ alkoholizmu lub narkomanii;  ❒ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;  ❒klęski żywiołowej lub ekologicznej.  ❒ **Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia** (należy zaznaczyć, jeśli powyżej zaznaczono więcej niż 1 przesłankę)  ❒ **Osoba korzystająca ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej**  **b/ Osoba z niepełnosprawnościami (posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)**  Wymagane dostarczenie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności jako załącznik do formularza  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  Proszę określić rodzaj niepełnosprawności (możliwość przyznania dodatkowych punktów):  ❒ osoba niepełnosprawna ze znacznym stopniem niepełnosprawności - +3 pkt.,  ❒ osoba niepełnosprawna z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności - + 2 pkt  ❒ osoba niepełnosprawna z niepełnosprawnością sprzężoną, z niepełnosprawnością intelektualną lub z zaburzeniami psychicznymi - + 2 pkt.  Czy ma Pan/Pani dodatkowe wymagania dotyczące usprawnień np. dostępne sale i toalety dla wózków, specjalne oznakowania, powiększony tekst na materiałach?  ❒TAK, jakie?  …………………………………………………………………………………………………………  ❒NIE  **c/ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **d/ Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **e/ Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących**  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **f/ Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **g/ Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** (możliwość przyznania dodatkowych punktów- + 5)  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi | |
| 1. Informacja o udziale w innych projektach:   Czy brał/a i/lub bierze Pan/Pani udział w innym projekcie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat?  ❒NIE  ❒TAK  Proszę podać tytuł projektu oraz instytucje, która go realizowała /realizuje:  Tytuł projektu:………………………………………., nr umowy projektu:………………………….  Realizator: …………………………………………….  ❒ Projekt zakończony  ❒ Projekt w trakcie realizacji | |

**II. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą oraz że zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.
2. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w Projekcie „Przez integrację do zatrudnienia” oraz jestem uprawniony do uczestnictwa w Projekcie;
3. Wyrażam zgodę na udział w ankietach ewaluacyjnych wypełnianych po każdym z bloków szkoleniowych i współpracy z personelem specjalistycznym;
4. Zostałem poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym wprowadzane są do systemu SL2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych i wyrażam na to zgodę;
5. Zapoznałam/em się z treścią Regulaminu Projektu;
6. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego **nie jest równoznaczne** z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie;
7. Zostałam/em poinformowana, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020;
8. Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia jednocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym pracownika Biura Projektu;
9. Wyrażam zgodę na przekazanie organizatorowi Projektu danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników realizacji celu;
10. Wyrażam zgodę na przekazanie organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie i/lub zaświadczenie z Państwowego Urzędu Pracy o wyrejestrowaniu z ewidencji bezrobotnych z powodu podjęcia pracy, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w Projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia Projektu.

………………………………… ……………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydatki/ta

**Do formularza zgłoszeniowego przedkładam poniższe załączniki:**

❒ Kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – dotyczy wyłącznie osób z niepełnosprawnością

❒ Potwierdzenie rejestracji w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna