**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

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

**„Aktywna integracja mieszkańców Mazowsza”**

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.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **INFORMACJE O KANDYDATCE/CIE NA UCZESTNICZKĘ/KA PROJEKTU** | |
| 1. Imię i Nazwisko |  |
| 2. PESEL: |  |
| **3. Miejsce zamieszkania tożsame z adresem do korespondencji**  **(w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego) :** | |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina/Dzielnica: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  |
| Nr lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| **4. Numer telefonu kontaktowego:** |  |
| **5. Adres poczty e-mail:** |  |
| **6. Jestem członkiem rodziny:**  ❒ wielodzietnej  ❒ ubogiej rodziny z dzieckiem/dziećmi  ❒ rodziny z osoba starszą/niepełnosprawną/osobą niesamodzielną  ❒ samotnie wychowującą dziecko/dzieci | |
| **7.** **Posiadane wykształcenie** (należy zaznaczyć właściwą odpowiedź):  ❒ Niższe niż podstawowe - 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 | |
| **8. Status na rynku pracy (należy wybrać jedną odpowiedź):** | |
| **❒ osoba pracująca**  **❒** moje dochody nie przekraczają progu interwencji socjalnej (dla osoby w rodzinie - 528 zł)  Wykonywany zawód: ……………………………………………………………………………..  Nazwa pracodawcy:……………………………………………………….  Rodzaj instytucji:  **❒** rządowa;  **❒** samorządowa;  **❒** MMŚP;  **❒** organizacja pozarządowa;  **❒** samozatrudniony/a;  **❒** duże przedsiębiorstwo  ❒ inne | |
| **❒ bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy, w tym:**  ❒ osoba długotrwale bezrobotna ❒ inne | |
| **❒ bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy** (*należy okazać do wglądu odpowiedni dokument potwierdzający)*  ❒ osoba długotrwale bezrobotna ❒ inne | |
| **❒ bierna zawodowo**  ❒ inne ❒osoba ucząca się; ❒osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu; | |
| **9. 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.  **b/ Osoba z niepełnosprawnościami (posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) – \****należy dostarczyć orzeczenie o niepełnosprawności do wglądu*  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **Jeśli zaznaczono odpowiedź ”tak”:**  Czy ma Pan/Pani dodatkowe wymagania dotyczące usprawnień np. dostępne sale i toalety dla wózków, specjalne oznakowania, powiększony tekst na materiałach? Jeśli tak, jakie?  ………………………………………………………………………………………………  **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  **e/ Osoba w innej niekorzystnej sytuacji** (należy zaznaczyć odpowiedź „tak” w sytuacji: bezdomności, wykluczenia z dostępu do mieszkań,zamieszkiwania na obszarze wiejskim, wykształcenia poniżej poziomu ISCED 0)  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  **f/ Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** (możliwość przyznania dodatkowych punktów- + 5)  ❒TAK ❒NIE ❒ Odmowa odpowiedzi  ❒ **Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia** (należy zaznaczyć, jeśli powyżej zaznaczono więcej niż 1 przesłankę - możliwość przyznania dodatkowych punktów+ 4)  ❒ **Osoba korzystająca ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej**  ……………………………………………………………………………………………  *(proszę podać nazwę Ośrodka Pomocy Społecznej)* | |
| 1. **INFORMACJE DODATKOWE:** | |
| **a/ 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  **b/ Czy deklaruje Pan/i zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie w projekcie:**  ❒ zwrot kosztów dojazdu  ❒ zwrot kosztów opieki nad dzieckiem  ❒ zwrot kosztów opieki nad osobą zależną | |

**III. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą Oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą .
2. Wyrażam zgodę na uczestnictwo w Projekcie „Aktywna integracja mieszkańców Mazowsza” oraz jestem uprawniony do uczestnictwa w Projekcie;
3. 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;
4. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego **nie jest równoznaczne** z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie;
5. Zostałam/em poinformowana, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020;

………………………………… ……………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis Kandydatki/ta

*(\*wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację)*

Oświadczam, że okazane przez Kandydatkę\Kandydata dokumenty są zgodne z danymi zawartymi w formularzy zgłoszeniowym:

❒ dowód osobisty/paszport

❒ orzeczenie lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność

…………………………………

Podpis osoby rekrutującej