**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❒TAKProszę 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