



Załącznik nr 1 do Regulaminu projektu

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Praca? Lubię to!”

.....  
(godzina, data wpływu i podpis osoby przyjmującej dokumenty)

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

INFORMACJE PODSTAWOWE			
Imię i nazwisko			
PESEL	— — — — —	Wiek <sup>1</sup>	
Miejsce urodzenia		Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	
Wybrany kanał komunikacyjny	<input type="checkbox"/> Telefon kontaktowy <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> poczta tradycyjna <input type="checkbox"/> Inny .....		
Miejsce zamieszkania <sup>2</sup>	Miejscowość: ..... Ulica: ..... Nr domu: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: ..... Gmina: ..... Powiat: ..... Województwo: .....		
Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zamieszkania)	Miejscowość: ..... Ulica ..... Kod pocztowy: .....		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>brak</b> (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> <b>policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> <b>wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich)		
STATUS NA RYNKU PRACY			

<sup>1</sup> Wiek uczestników określany jest na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.

<sup>2</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.





Jestem <b>osobą bezrobotną zarejestrowaną</b> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem <b>osobą bezrobotną niezarejestrowaną</b> w ewidencji urzędów pracy (pozostając bez zatrudnienia od .....)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem <b>osobą bierną zawodowo</b> Za osobę bierną zawodowo rozumie się osobę, która w danej chwili nie tworzy zasobów sił roboczych (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem <b>osobą pracującą</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>INNE DANE MONITORUJĄCE</b>	
Jestem osobą z niepełnosprawnościami Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, 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 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.  Dołączam kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> w tym: z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem migrantem, lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: arabska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia 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.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Jestem osobą bezdomną lub jestem dotknięta/-y wykluczeniem z dostępu do mieszkań 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: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) (Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, np. jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem itp.).	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

**Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności**

nie dotyczy



Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowej:
Alternatywne formy materiałów:
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:
Specjalne wyżywienie:
Inne:

#### FORMY WSPARCIA W PROJEKCIE

- |  |   |
|--|---|
| <p>1. Identyfikacja potrzeb osoby młodej z IPD</p> <p>2. Poradnictwo zawodowe i pośrednictwo pracy</p> <p>3. Staż zawodowy</p> | <p>4. Szkolenie zawodowe (jedno do wyboru)</p> <p><input type="checkbox"/> Techniki sprzedaży z obsługą kas fiskalnych</p> <p><input type="checkbox"/> Grafik komputerowy</p> <p><input type="checkbox"/> Fryzjer</p> <p><input type="checkbox"/> Opiekun osoby starszej lub osoby niepełnosprawnej</p> |
|--|---|

#### OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ

Oświadczam, że spełniam warunki dla grupy docelowej niniejszego projektu określone w Regulaminie projektu, tj.:

- a. nie ukończyłam/-em **30 roku życia**,
- b. zamieszkuję teren **województwa śląskiego**,
- c. jestem osobą **bezrobotną niezarejestrowaną** w urzędzie pracy lub **bierną zawodowo**,
- d. **nie kształcę się** (tj. nie uczestniczę w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym rozumianym jako, kształcenie w formach szkolnych w trybie dziennym)
- e. **nie szkolę się** (tj. nie uczestniczę w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy).
- f. **w okresie 4 tygodni** poprzedzających przystąpienie do projektu **nie uczestniczyłam/-em w kształceniu lub szkoleniu** finansowanym ze środków publicznych
- g. **nie należę** do jednej z niżej wymienionych grup:
  - młodzież z pieczy zastępczej opuszczająca pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy) ze szczególnym uwzględnieniem wychowanków pieczy zastępczej powyżej 15 roku życia, którzy po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej powrócili do rodzin naturalnych, wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy założyli własne gospodarstwo domowe, wychowanków pieczy zastępczej powyżej 18 roku życia, którzy usamodzielniają się i mają trudności ze znalezieniem zatrudnienia po zakończeniu pobytu w instytucjach pieczy zastępczej,
  - matki opuszczające pieczę (do roku po opuszczeniu instytucji pieczy),
  - absolwenci młodzieżowych ośrodków wychowawczych i młodzieżowych ośrodków socjoterapii (do roku po opuszczeniu),
  - absolwenci specjalnych ośrodków szkolno-wychowawczych i specjalnych ośrodków wychowawczych (do roku po opuszczeniu),
  - matki przebywające w domach samotnej matki,
  - osoby młode opuszczające zakłady karne lub areszty śledcze (do roku po opuszczeniu).

.....  
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)

Oświadczam, że wyrażam **gotowość do podjęcia zatrudnienia** po zakończeniu udziału w projekcie



„Praca? Lubię to!”.

.....  
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)

### OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

**JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:**

- Zapoznałam/em się i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu projektu „Praca? Lubię to!”.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego (złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.).
- Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
- Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie/dzielo lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenie z gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
- Zostałam/am poinformowany/a że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przesyłania informacji o szkoleniach realizowanych przez Centrum Szkoleń i Innowacji Sp. z o.o.:  TAK  NIE

**Upředzona/upředzony o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.**

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)

**Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.**

.....  
(czytelny podpis osoby reprezentującej **realizatora projektu**)

