Załącznik nr 1A do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

do projektu **„Centrum Aktywizacji Społeczno-Zawodowej w Zabrzu”** realizowanym w ramach regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny)Oś priorytetowa: IX Włączenie społeczne**;** Działanie: 9.1 Aktywna integracja; Poddziałanie: 9.1.1 Wzmacnianie potencjału społeczno-zawodowego społeczności lokalnych - ZIT

|  |  |
| --- | --- |
| **Beneficjent** | **Muzeum Górnictwa Węglowego w Zabrzu** |
| **Partnerzy Projektu** | **1. Fundacja Domena Rozwoju****2. FITWELL Sp. z o.o.** |
| Czas trwania projektu | **01.01.2020 – 31.12.2022** |
| **Uzupełnia osoba przyjmująca dokument** |
| **Numer** | …/PO/ 20… | …………………………………………………….……..…………………..data i godzina wpływu, podpis osoby przyjmującej |

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU** |
| **Dane podstawowe** |
| 1. Imię |  |
| 2. Nazwisko  |  |
| 3. Płeć (zaznaczyć **x**) | 🞏 Kobieta | 🞏 Mężczyzna |
| 4. Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 5. PESEL |  |
| 6. Kraj |  |
| 7. Wykształcenie (zaznaczyć **x**) | 🞏 brak | 🞏 podstawowe | 🞏 gimnazjalne | 🞏 ponadgimnazjalne**[[1]](#footnote-1)** |
| 🞏 policealne | 🞏licencjackie | 🞏 magisterskie |
| 8. Zawód wyuczony |  |
| **Dane kontaktowe:** |
| 1. Województwo |  |
| 2. Powiat  |  |
| 3. Gmina |  |
| 4. Miejscowość |  |
| 5. Ulica**[[2]](#footnote-2)** |  |
| 6. Numer budynku/lokalu |  |
| 7. Kod pocztowy |  |
| 8. Telefon kontaktowy  |  |
| 9. Adres e-mail |  |
| 10. Adres do korespondencji jeśli jest inny niż powyżej |  |
| **Przynależność do grupy docelowej** |
| 1. Osoba zamieszkujaca na terenie jednej z dzielnic miasta Zabrze: Biskupice, Centrum Południe, Centrum Północ, Guido, Maciejów, Mikulczyce, Zaborze Południe, Zaborze Północ, Zandka i zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | **🞏 TAK** | **🞏 NIE** |
| 2. Osoba z otoczenia osoby mieszkajacej na terenie jednej dzielnic miasta Zabrze: Biskupice, Centrum Południe, Centrum Północ, Guido, Maciejów, Mikulczyce, Zaborze Południe, Zaborze Północ, Zandka zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - oświadczenie Kandyta | **🞏 TAK** | **🞏 NIE** |
| **Dane dotyczące statusu Kandydata/Kandydatki** |
| **Należy zaznaczyć właściwe pole w każdym z wierszu poniżej** | **🞏 TAK** | **🞏 NIE** |
| 1. **Jestem osobą zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**

(należy dołączyć zaświadczenie z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej) | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 1. **Jestem osobą bezrobotną - zarejestrowaną w PUP**

(należy dołączyć zaświadczenie z Powiatowgo Urzędu Pracy) | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| **W tym długotrwale bezrobotną**(dla osób do 25 roku życia - nieprzerwanie, conajmniej 6 m-cy, dla osób powyżej 25 roku życia - nieprzerwanie, co najmniej 12 m-cy) | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 1. **Jestem osobą bezrobotną - nie zarejestrowaną w PUP**

(pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia) - oświadczenie Kandydata/Kandydatki | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 1. **Jestem osobą bierną zawodowo**

(osoba nie tworząca w danej chwili zasobów siły roboczej) - oświadczenie Kandydata/Kandydatki | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 1. **Jestem osobą z niepełnosprawnością**

(jeśli TAK, to należy do formularza rekrutacyjnego dołączyć uwierzytelnioną przez Kandydata/Kandydatkę kopię dokumentu potwierdzającego status osoby z niepełnosprawnością). **Jeśli TAK, to proszę o wskazanie indywidualnych barier, by Projektodawca mógł dostosować określone formy wsparcia do potrzeb uczestnika. Można odmówić udzielenia odpowiedzi.** | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
|  |
| **Dane dodatkowe** (zaznaczyć odpowiednio **x**): |
| 1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 3. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 NIE DOTYCZY |
| 5. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | 🞏 TAK | 🞏 NIE |  |
| 6.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | 🞏 TAK | 🞏 NIE | 🞏 ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

**Przesłanki wykluczenia społecznego** (spełniam / nie spełniam - zaznaczyć odpowiednio **X**)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące sie do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 2. Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 3.Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; | 🞏 NIE | 🞏 NIE |
| 4.Osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014r. poz. 382);  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 5.Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004r. Nr 256, poz. 2572,z późn. zm.);  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 6.Osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375);  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 7.Osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015r. poz. 149, z późn. zm.);  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 8.Osoby niesamodzielne;  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 9.Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 10.Osoby korzystające z PO PŻ.  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 11.Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Ja niżej podpisany/a...........................................................................................................................................................................................................(imię i nazwisko)zamieszkały/a.....................................................................................................................................................................................................................(adres zamieszkania)legitymujący/a się dowodem osobistym ..........................................................................................................................................................................wydanym przez ................................................................................................................................................................................................................wyrażam zgodę na udział dziecka/podopiecznego......................................................................................... (imię i nazwisko)Którego jestem opiekunem prawnym na udział w projekcie "Centrum Aktywizacji Społeczno-Zawodowej w Zabrzu"**pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:** |
| ***W wierszach poniżej należy skreślić niewłaściwą odpowiedź*** |
| 1. Oświadczam, że dziecko /podopieczny **jest / nie jest**\* osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
 |
| 1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie "Centrum Aktywizacji Społeczno-Zawodowej w Zabrzu" i w pełni akceptuję jego zapisy oraz z własnej inicjatywy wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim.
 |
| 1. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane dotyczące dziecka/podopiecznego odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu oraz Oświadczeniach stanowią integralną część „Formularza zgłoszeniowego”.
 |
| 1. W przypadku zakwalifikowania się dziecka/podopiecznego do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa dziecka/podopiecznego we wszystkich zaplanowanych i dotyczących go zajęciach, podpisywania list obecności, wypełniania ankiet ewaluacyjnych i innych wymaganych dokumentów.
 |
| 1. Zostałem poinformowany/-a, ze projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa śląskiego na lata 2014-2020)
 |
| 1. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku dziecka/podopiecznego przez Muzeum Górnictwa Węglowego w Zabrzu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne w szczególności z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonywane podczas zajęć czy innych form wsparcia w ramach projektu mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zrzekam się niemniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również w wynagrodzenie względem Muzeum Górnictwa Węglowego w Zabrzu, z tytułu wykorzystania wizerunku/głosy/wypowiedzi dziecka na potrzeby określone w oświadczeniu.
 |
| 1. Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych dziecka/podopiecznego, w tym danych wrażliwych, zbieranych w związku z koniecznością ich wprowadzenia do SL 2014 Muzeum Górnictwa Węglowego w Zabrzu, a także inne podmioty zaangażowane w realizację projektu „Centrum Aktywizacji Społeczno-Zawodowej w Zabrzu” (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018. o ochronie danych osobowych Dz.U. z 2018 r. poz.1000 oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)) do celów realizacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się Muzeum Górnictwa Węglowego w Zabrzu z obowiązków sprawozdawczych wobec Instytucji Zarządzającej. Zgoda obejmuje również przetwarzanie danych osobowych dziecka/podopiecznego w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.
 |
| 1. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści danych osobowych dziecka/podopiecznego oraz ich poprawiania, przetwarzania przez Beneficjenta projektu oraz Instytucję Zarządzającą RPO WSL.
 |
| 1. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniemdziecka/podopiecznego do udziału w projekcie.
 |
| 1. Zostałem poinformowany/a, że w przypadku zakwalifikowania dziecka/podopiecznego do projektu jestem zobowiązany niezwłocznie, najpóźniej w okresie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie do dostarczenia realizatorowi (dla osób w ścieżce szkoleniowej)

- dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji (dyplom/zaświadczenia/certyfikat)- dokumentów potwierdzających udział w kształceniu lub szkoleniu (oświadczenie/zaświadczenie) |
|  |
| …………………………………………… ……………………………………………(miejscowość, data) (podpis Opiekuna prawnego) |

*\* niepotrzebne skreślić*

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości

……………………………………….

(data i podpis pracownika)

**Ocena formularza rekrutacyjnego** (wypełnia personel projektu)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Ocena formalna formularza. Spełnia – nie spełnia kryteria formalne  | 🞏 TAK | 🞏 NIE |
| 2. Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi  | 🞏 TAK – 1 pkt. | 🞏 NIE |
| 3. Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego | 🞏 TAK – 1 pkt. | 🞏 NIE |
| 4. Osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ pod warunkiem, że zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań towarzyszących w PO PŻ | 🞏 TAK – 1 pkt. | 🞏 NIE |
| 5. Ocena sytuacji finansowej | 🞏 0 pkt.🞏 1 pkt.🞏 2 pkt.🞏 3 pkt.🞏 4 pkt.🞏 5 pkt. |
| 6. Ocena sytuacji rodzinnej | 🞏 0 pkt.🞏 1 pkt.🞏 2 pkt.🞏 3 pkt.🞏 4 pkt.🞏 5 pkt. |
| 7. Ocena sytuacji zawodowej | 🞏 0 pkt.🞏 1 pkt.🞏 2 pkt.🞏 3 pkt.🞏 4 pkt.🞏 5 pkt. |
| Suma punktów |  |

……………………………………….

(data i podpis pracownika)

1. **Wykształcenie ponadgimnazjalne** – liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku **braku ulicy** wpisać miejscowość. [↑](#footnote-ref-2)