



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji
projektu „Aktywna rodzina I”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY projektu „Aktywna rodzina I”

nr RPWM.11.02.05-28-0003/20 realizowanego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Aktywna rodzina I”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.

Lp.	Nazwa	Dane kandydat/-tki	
1.	Nazwisko		
2.	Imię (imiona)		
3.	Płeć (zaznaczyć x)	Kobieta <input type="checkbox"/>	Mężczyzna <input type="checkbox"/>
4.	PESEL		
5.	Data urodzenia		
6.	Wiek		
7.	Adres zamieszkania:	Województwo Warmińsko-mazurskie	
	Miejscowość		
	Gmina		
	Powiat		
	Ulica		Nr domu/nr lokalu
	Kod pocztowy		
8.	Adres e-mail		
	Numer telefonu		
9.	Wykształcenie	Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0	<input type="checkbox"/>
		Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) ISCED 1	<input type="checkbox"/>
		Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) ISCED 2	<input type="checkbox"/>
		Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły	<input type="checkbox"/>

		Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) ISCED 3	
		Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) ISCED 4	<input type="checkbox"/>
		Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora) ISCED 5-8	<input type="checkbox"/>
10.	Status kandydata/-tki	Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z Urzędu Pracy)	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/>
		Osoba długotrwale bezrobotna (osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (w przypadku osób poniżej 25 roku życia), lub bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia).	<input type="checkbox"/>
		Osoba bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/>
		osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>
		Osoba zatrudniona, w tym	<input type="checkbox"/>
		a. Rolnik	<input type="checkbox"/>
		b. Samozatrudniona	<input type="checkbox"/>
		Zatrudniona/y w:	
		Wykonywany zawód:	
		Osoba zagrożona ryzykiem ubóstwa lub wykluczenia społecznego (zgodnie z Rozdział I, pkt.9 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie)	<input type="checkbox"/>
		Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (zgodnie z Rozdział I, pkt.9 Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie) (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/>
		Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ zaświadczenie z właściwego ośrodka pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/>
Osoba nie korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej, ale kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej z powodu przestaniek (zakreślić właściwe): 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby;	<input type="checkbox"/>		

	<p>7) przemocy w rodzinie; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 11) alkoholizmu lub narkomanii; 12) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 13) klęski żywiołowej lub ekologicznej.</p>								
	<p>Osoba korzystająca z PO PŻ Proszę wskazać formę pomocy otrzymywaną w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020, uwzględniając działania towarzyszące (np. warsztaty kulinarne, dietetyczne):</p> <p>..... </p>	<input type="checkbox"/>							
	<p>Osoba z niepełnosprawnością (dane wrażliwe) (NALEŻY ZAŁĄCZYĆ aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie o stanie zdrowia/inny dokument potwierdzający stan zdrowia)</p>	<input type="checkbox"/>							
	<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">Stopień</td> <td>Lekki</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Umiarkowany</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Znaczny</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Stopień	Lekki	<input type="checkbox"/>	Umiarkowany	<input type="checkbox"/>	Znaczny	<input type="checkbox"/>	
Stopień	Lekki		<input type="checkbox"/>						
	Umiarkowany		<input type="checkbox"/>						
	Znaczny	<input type="checkbox"/>							
	<p>Osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną, z zaburzeniami psychicznymi</p>	<input type="checkbox"/>							
	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</p>	<input type="checkbox"/>							
	<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p>	<input type="checkbox"/>							
	<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji Jeśli tak, to jakiej:</p> <p>..... </p>	<input type="checkbox"/>							

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/-TKI:

- zapoznałem(-am)* się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Aktywna rodzina I”, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu i spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie;
- zostałem(-am)* poinformowany(-a), że udział w projekcie jest bezpłatny i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie i procesie rekrutacji;
- zostałem(-am)* poinformowany(-a)*, jakie formy pomocy obejmuje ścieżka uczestnictwa w projekcie;
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Beneficjenta zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z rekrutacją zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U.2019.1781 ze zm.) oraz 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie;
- zostałem poinformowany(-a)* o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej);
- wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku w związku z realizacją Projektu;
- zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych (w trakcie i po zakończeniu projektu), testów psychologicznych i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu;
- zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, na które zostaną zakwalifikowany i potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie;
- zostałem(-am)* poinformowany(-a), że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wznosił/Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

Upředzony/-a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/-TKI
NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU*

*W przypadku uczestnika niepełnoletniego w jego imieniu formularz zgłoszeniowy wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny