

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

Projekt „Dobra Zmiana” FEDS.07.05-IP.02-0068/24

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 realizowanego przez Fundację Partycypacji Społecznej.

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL																							
1. Imię (imiona) i nazwisko																							
2. PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>																					3. Data urodzenia	
4. Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	5. Wiek lat																				
6. Adres zamieszkania	Województwo:																						
	Powiat:																						
	Gmina:																						
	Miejscowość:																						
	Obszar: <input type="checkbox"/> Miasto <input type="checkbox"/> Wieś																						
	Ulica:		nr budynku:	nr lokalu:																			
Kod pocztowy:																							
7. Telefon kontaktowy																							
8. E-mail																							
9. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)																						
	<input type="checkbox"/> Podstawowe																						
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne																						
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej)																						
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które <u>jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</u>)																						
	<input type="checkbox"/> Wyższe																						
<input type="checkbox"/> W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym																							
10. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym:																						
	<input type="checkbox"/> oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy																						
	<input type="checkbox"/> oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy																						





<p>11. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</p>	<p>osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (m.in. <u>osoby zamieszkujące obszary wiejskie – DEGURBA3</u>) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Osoba kwalifikująca się do objęcia pomocą społeczną wg art. 7 Ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>12. Oświadczenia Uczestnika</p>	<p>Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeżeli tak, proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności</p> <p>Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/lub niepełnosprawnością intelektualną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Oświadczam, że jestem osobą/członkiem z rodziny spełniającej/ą przesłankę ubóstwa lub osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>





<p>13. Oświadczenie</p>	<p><input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundację Partycypacji Społecznej moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w celu wzięcia udziału w postępowaniu rekrutacyjnym na potrzeby stwierdzenia kwalifikowalności udziału w projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020. Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), RODO.</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem z pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i warunków uczestnictwa.</p>
<p>14. Data i miejsce sporządzenia formularza</p>	
<p>15. Podpis Uczestnika</p>	

TE CZĘŚĆ WYPEŁNIA BENEFICJENT:

<p>16. Poziom przyznanego wsparcia</p>	<p><input type="checkbox"/> Indywidualne spotkania z psychologiem</p> <p><input type="checkbox"/> Indywidualne spotkania z doradcą zawodowym</p> <p><input type="checkbox"/> Indywidualne spotkania z prawnikiem</p> <p><input type="checkbox"/> Trening kompetencji i umiejętności społecznych.</p> <p><input type="checkbox"/> Warsztat motywacyjny z elementami coachingu.</p> <p><input type="checkbox"/> Warsztat aktywizacyjny z doradcą zawodowym – ja na rynku pracy.</p> <p><input type="checkbox"/> Warsztat integracji społecznej.</p> <p><input type="checkbox"/> Indywidualne spotkania z pośrednikiem pracy</p> <p><input type="checkbox"/> Kursy kompetencyjne/kwalifikacyjne.</p> <p><input type="checkbox"/> Staż zawodowy.</p>
<p>17. Data rozpoczęcia udziału w projekcie <i>(należy wpisać datę pierwszego wsparcia)</i></p>	<p>.....</p>
<p>18. Data zakończenia udziału w projekcie <i>(należy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)</i></p>	<p>.....</p>





19. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20. Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia <i>(należy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)</i>	<input type="checkbox"/> Podjęcie zatrudnienia <input type="checkbox"/> Podjęcie nauki <input type="checkbox"/> Inne