

Załącznik nr 1.1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „SKUTECZNE I PROFESJONALNE
USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ”
- OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ -**

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:

1. Formularz rekrutacyjny należy wypełnić w **języku polskim**.
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie **komputerowo** lub **odręcznie i drukowanymi literami** wymaganych informacji.
3. Właściwą odpowiedź prosimy **zakreślić krzyżykiem (X)**.
4. Jeżeli dana rubryka nie dotyczy osoby zainteresowanej, należy umieścić zapis „**nie dotyczy**” albo zakreślić (elektronicznie lub odręcznie) pole wyboru „nie dotyczy”.
5. Wymagane jest **wypełnienie wszystkich pól i uzupełnienie własnoręcznych, czytelnych podpisów** w miejscach do tego wskazanych.

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ FORMULARZ REKRUTACYJNY			
DATA WPŁYNIĘCIA FORMULARZA		PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ DOKUMENT	
INDYWIDUALNY NUMER REKRUTACYJNY			

DANE OSOBOWE KANDYDATA/UCZESTNIKA PROJEKTU¹

IMIĘ											
NAZWISKO											
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYNA					
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (na dzień złożenia Formularza)		PESEL									
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe [brak formalnego wykształcenia]										
	<input type="checkbox"/> podstawowe [kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej]										
	<input type="checkbox"/> gimnazjalne [kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej]										
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne [kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)]										
	<input type="checkbox"/> policealne, pomaturalne [kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym]										
<input type="checkbox"/> wyższe [pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym tj. licencjackim, magisterskim lub doktorskim]											

¹ Status uczestnika projektu osoba nabywa po wydaniu przez Komisję Rekrutacyjną decyzji kwalifikującej.



DANE KONTAKTOWE – MIEJSCE ZAMIESZKANIA

WOJEWÓDZTWO		POWIAT	<input type="checkbox"/> JAWORSKI <input type="checkbox"/> KŁODZKI <input type="checkbox"/> ZĄBKOWICKI <input type="checkbox"/> POWIAT MIASTO LEGNICA	
GMINA		MIEJSCOWOŚĆ		
KOD POCZTOWY		ULICA		
NUMER BUDYNKU		NUMER LOKALU		
TELEFONY KONTAKTOWE	STACJONARNY		KOMÓRKOWY	
ADRES POCZTY E-MAIL				

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OSOBA PRACUJĄCA w tym:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba pracująca w administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (MMŚP)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
inne	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

WYKONYWANY ZAWÓD (jeśli dotyczy tj. w przypadku odpowiedzi „TAK” w poprzedniej poz. 25)	
instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> TAK

nauczyciel kształcenie ogólnego	<input type="checkbox"/> TAK
nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/> TAK
nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> TAK
pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> TAK
pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK
pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> TAK
pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/> TAK
pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK
pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> TAK
pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> TAK
rolnik	<input type="checkbox"/> TAK
inne	<input type="checkbox"/> TAK
MIEJSCE ZATRUDNIENIA	

OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy	<input type="checkbox"/> II profilu pomocy
	<input type="checkbox"/> III profilu pomocy	<input type="checkbox"/> brak profilu
OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY (tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



w tym zakwalifikowana do	<input type="checkbox"/> I profilu pomocy	<input type="checkbox"/> II profilu pomocy
	<input type="checkbox"/> III profilu pomocy	<input type="checkbox"/> brak profilu
OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym długostrwale bezrobotna niezarejestrowana (tj. osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA BIERNA ZAWODOWO	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ, MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

OSOBA, KTÓREJ DOCHÓD NIE PRZEKRACZA 150% WŁAŚCIWEGO KRYTERIUM DOCHODOWEGO (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA W INNEJ, NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIONIONE POWYŻEJ)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ tj. osoba posiadająca aktualne orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)
W PRZYPADKU OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ PROSIMY O INFORMACJE DOTYCZĄCE POSIADANEGO ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I/LUB ZDOLNOŚCI DO PRACY	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	Powiatowy zespół orzekania o niepełnosprawności
	<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu lekkim
	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym
	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność w stopniu znacznym

	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie	<input type="checkbox"/> nie posiadam orzeczenia w tym zakresie
<p>OSOBA Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI osoba chora psychicznie – wykazująca zaburzenia psychiczne; upośledzona umysłowo, wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375 z późn. zm.)</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI (jest jednoznaczna z zakończeniem udziału w procesie rekrutacji)

OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA LUB RODZINY KORZYSTAJĄCA ZE ŚWIADCZEŃ Z POMOCY SPOŁECZNEJ , zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej LUB KWALIFIKUJĄCE SIĘ DO OBJĘCIA WSPARCIEM POMOCY SPOŁECZNEJ, TJ. SPEŁNIAJĄCE CO NAJMNIEJ JEDNĄ Z PRZESŁANEK OKREŚLONYCH W ART. 7 WW. USTAWY	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA, O KTÓREJ MOWA W ART. 1 UST. 2 USTAWY Z DNIA 13 CZERWCA 2003 R. O ZATRUDNIENIU SOCJALNYM²	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PRZEBYWAJĄCA W PIECZY ZASTĘPCZEJ LUB OPUSZCZAJĄCE PIECZĘ ZASTĘPCZĄ ORAZ RODZINY PRZEŻYWAJĄCE TRUDNOŚCI W PEŁNIENIU FUNKCJI OPIEKUŃCZO - WYCHOWAWCZYCH , o których mowa w ustawie z dn. 9.06.2011 o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NIELETNIA , wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, zgodnie z ustawą z dnia 26.10.1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz.U. z 2014 r, poz. 382 z późn. zm)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

² Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) 1) uzależnionych od alkoholu, 3) 1) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

OSOBA PRZEBYWAJĄCA W MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKACH WYCHOWAWCZYCH I MŁODZIEŻOWYCH OŚRODKACH SOCJOTERAPII , o których mowa w ustawie z dnia 7września 1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2015 r, poz. 2156 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
RODZINA 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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NIESAMODZIELNA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OSOBA KORZYSTAJĄCA Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

OŚWIADCZENIA

Świadoma(-y) odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań **oświadczam, że:**

- 1) **dane zawarte w niniejszym dokumencie są zgodne z prawdą,**
- 2) zostałem(-am) poinformowany(-a), że Projekt „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością” jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020,
- 3) zapoznałem(-am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla Osób z Niepełnosprawnością” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia.

.....
Miejscowość i data

.....
Imię i nazwisko, podpis³

W ZAŁĄCZENIU PRZEDKŁADAM (JEŚLI DOTYCZY):

ZAŁĄCZNIK NR 1	<input type="checkbox"/> zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej
ZAŁĄCZNIK NR 2	<input type="checkbox"/> kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności
ZAŁĄCZNIK NR 3	<input type="checkbox"/> inne _____
ZAŁĄCZNIK NR 4	<input type="checkbox"/> inne _____

³ W przypadku osoby małoletniej oświadczenia powinny zostać podpisane przez jego opiekuna prawnego /rodzica.



***OŚWIADCZENIE OPIEKUNA PRAWNEGO/RODZICA:**

Ja, niżej podpisany/a

.....
legitymujący się dowodem osobistym seria nr
.....

oświadczam, iż jestem opiekunem prawnym/ rodzicem

.....
i wyrażam zgodę na udział mojego podopiecznego w projekcie „**Skuteczne i profesjonalne usługi społeczne dla osób z niepełnosprawnością**”.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis opiekuna prawnego/rodzica