



Projekt pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 20214-2020

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

<b>Tytuł projektu</b>	„DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej”
<b>Nr ewidencyjny projektu</b>	RPDS.09.01.01-02-0055/20
<b>Numer i nazwa Osi Priorytetowej w ramach Programu Operacyjnego</b>	9 Włączenie społeczne
<b>Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej</b>	9.1 Aktywna integracja

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta ( <b>2 pkt</b> ) <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
PESEL		Wiek	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 ( <b>2pkt</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 ( <b>2pkt</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 ( <b>2pkt</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3 ( <b>2pkt</b> ) <input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich itp.) ISCED 5-8		
Ulica			
Nr domu/lokalu			
Miejscowość		Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski		
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon			
Adres poczty elektronicznej (e-mail)			
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania)			





Projekt pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 20214-2020

<b>OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>	
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością <i>(wymagane orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument równoważny)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <b>(2 pkt)</b> <input type="checkbox"/> Nie
Stopień niepełnosprawności:	
Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób niepełnosprawnych (wypełniają tylko osoby z niepełnosprawnościami; w przypadku gdy nie ma potrzeb/usprawnień, prosimy wpisać „brak”)	
Proszę określić potrzeby/specjalne wymagania wynikające z Pana/Pani niepełnosprawności, związane z udziałem w projekcie:	
a) w zakresie materiałów szkoleniowych?	
.....	
.....	
b) w zakresie sali szkoleniowej?	
.....	
.....	
c) inne, jakie?	
.....	
.....	





Projekt pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2021-2023

<b>OŚWIADCZENIA DOT. STATUSU OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> <b>NALEŻY ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE POLE W KAŻDYM Z PONIŻSZYCH WIERSZY</b>	
Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo <sup>1</sup> <i>(wymagane zaświadczenie z ZUS- US7)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy <i>(wymagane zaświadczenie z PUP)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy <i>(wymagane zaświadczenie z ZUS- US7)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną, w zależności od wieku: - poniżej 25 lat – bezrobotny/a nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy - 25 lat lub więcej – bezrobotny/a nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy Nie pracuję od .....	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
Oświadczam, że moje doświadczenie zawodowe (praca zarobkowa lub prowadzenie własnej działalności) nie przekracza 6 miesięcy.	<input type="checkbox"/> Tak <b>(2 pkt)</b> <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 <sup>2</sup> <i>(wymagane oświadczenie lub zaświadczenie potwierdzające korzystanie z programu)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <b>(2 pkt)</b> <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że należę do osób lub rodziny korzystających/korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujących się/kwalifikującej się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniających, co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z pomocy społecznej)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że należę do osób, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (ZAKREŚL WŁAŚCIWE) 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) bezrobotnych, w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, pozostających bez pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, 8) osób niepełnosprawnych <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z właściwej instytucji)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<sup>1</sup> Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, która nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawana jest za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowane już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

<sup>2</sup> zakres wsparcia nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała/uje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących CENTRUM ROZWOJU SPOŁECZNO – EKONOMICZNEGO





Projekt pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 20214-2020

Oświadczam, że należę do osób przebywających w pieczy zastępczej lub opuszczających pieczę zastępczą oraz rodzin przeżywających trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z właściwej instytucji, lub kuratora)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że należę do osób przebywających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/młodzieżowego/ socjoterapii)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością i nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu <sup>3</sup> <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub jego opiekuna, lub zaświadczenie od lekarza lub odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, w formie dozoru elektronicznego <i>(wymagane oświadczenie osoby przystępującej do projektu lub inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości, lub zaświadczenie od kuratora; zaświadczenie z zakładu karnego lub innej instytucji czy organizacji zajmującej się pracą z osobami odbywającymi karę pozbawienia wolności; kopia postanowienia sądu)</i>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>INFORMACJE DODATKOWE</b>	
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

<sup>3</sup> osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

Projekt pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2021-2023

## OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie pn. „ **DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno- Zawodowej** ” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w ww. Regulaminie.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014- 2020, Oś priorytetowa: 9 Włączenie społeczne, działanie 9.1 Aktywna integracja.
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Deklaruję wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej”.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu i innych dokumentach przez Beneficjenta Projektu w celach rekrutacji i realizacji Projektu zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, że moje dane osobowe będą wykorzystywane jedynie w celu rekrutacji do niniejszego projektu oraz dokumentacji tego procesu przez Centrum Rozwoju Społeczno-Ekonomicznego będącego administratorem danych.
- 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 wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta Projektu Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).
- Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, o których mowa w art. 9 ust. 2 lit. g. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o prawie do dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o prawie do cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a, że podanie moich danych osobowych jest niezbędne do realizacji procesu rekrutacji. Odmowa ich przekazania jest jednoznaczna z brakiem możliwości rozpoczęcia udziału w procesie rekrutacji do projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych.
- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia, równocześnie zobowiązuję się że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie z przyczyn uzasadnionych (podjęcie pracy lub pobyt w szpitalu), niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Beneficjenta Projektu.

Projekt pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno-Zawodowej” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2021-2023

- Zostałem/am poinformowany/a, że w trakcie uczestnictwa w projekcie pn. „DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM Integracji Społeczno- Zawodowej” i do końca realizacji całości zaplanowanego dla każdego Uczestnika Projektu wsparcia nie jest możliwe uczestnictwo w innym projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS, a tym samym korzystanie z innych formach wsparcia współfinansowanych ze środków publicznych.
- Zostałem/am poinformowany/a o tym, że z chwilą przystąpienia do projektu każdy Uczestnik Projektu będący osobą fizyczną składa oświadczenie o przyjęciu przez niego do wiadomości informacji, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679. W przypadku Uczestnika Projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych, oświadczenie składa jego opiekun prawny.
- Zobowiązuję się do przekazania organizatorowi projektu danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy (w przypadku podjęcia zatrudnienia: zaświadczenie o zatrudnieniu, kopia umowy o pracę; w przypadku działalności gospodarczej: dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej; w przypadku osób poszukujących pracy: oświadczenie Uczestnika Projektu o poszukiwaniu pracy/zaświadczenie potwierdzające rejestrację w urzędzie pracy) oraz informacji o uzyskanych kwalifikacjach zawodowych (kopia certyfikatów potwierdzających uzyskane kwalifikacje zawodowe) - do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
- Zobowiązuję się do przekazania organizatorowi projektu kopii umowy o pracę lub zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie, jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej – dokument potwierdzający fakt prowadzenia takiej działalności (efektywność zatrudnieniowa): dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenia społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ – np. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Urząd Skarbowy, wpis do Krajowego Rejestru Sądowego (KRS), wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG), potwierdzające prowadzenie działalności.

**Upředzona/y o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.**

.....  
MIEJSCE, DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA PROJEKTU

**Potwierdzam zgodność danych osobowych z przedstawionym dokumentem tożsamości**

.....  
(Potwierdza Kadra Projektu)