|  |  |
| --- | --- |
| **Data wpływu:** | **Podpis osoby przyjmującej**  **formularz rekrutacyjny:** |

*Załącznik nr 1 do**Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa*

Formularz rekrutacyjny

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie (DRUKOWANYMI LITERAMI) lub wstawić „X” w białych, pustych polach.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PROJEKTU**  *(dane uzupełnia przedstawiciel beneficjenta)* | Tytuł projektu | **Aktywne Mazowsze** | | | Nr projektu | | RPMA.09.01.00-14-d386/19 | | |
| Oś priorytetowa | | IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem | | Działanie | | 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych  i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu | | |
| Termin realizacji projektu | | od | 01.11.2020 | | | do | 28.02.2022 | |
| **DANE**  **KANDYDATKI/ KANDYDATA** | Nazwisko | |  | | | | | | |
| Imię (imiona) | |  | | | | | | |
| PESEL | |  | | | | | | |
| Płeć *( zakreślić odpowiednie „X”)* | | Kobieta | |  | Mężczyzna | | |  |
| Wiek w chwili aplikacji do projektu | |  | | Data i miejsce urodzenia | |  | | |
| Poziom wykształcenia | | ISCED 0 - Brak | |  | ISCED 3 Ponadgminazjalne (*ukończone liceum/liceum profilowane/liceum ogólnokształcące, technikum/technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)* | | |  |
| ISCED 1 Podstawowe | |  | ISCED 4 Policealne | | |  |
| ISCED 2 Gimnazjalne | |  | ISCED 5-8 Wyższe | | |  |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | |
| Województwo | | Mazowieckie | | | Powiat | |  | |
| Gmina | |  | | | Miejscowość | |  | |
| Ulica | |  | | | | | | |
| Nr domu | |  | | | Nr mieszkania | |  | |
| Poczta | |  | | | Kod pocztowy | |  | |
| **Adres korespondencyjny** ( o ile jest inny niż zamieszkania) | | | | | | | | |
| Kod/Miejscowość | |  | | | | | | |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania | |  | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | |
| Numer telefonu kontaktowego | |  | | | | | | |
| E-mail | |  | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE** | | **TAK** | **NIE** |
| 1. | **Oświadczam**, że **jestem osobą** ***zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu co najmniej jednej przesłanki zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego  i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, tj. jestem ( właściwe zaznaczyć „X”):***   * *osoby lub rodziny korzystające 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 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;* * *osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;* * *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;* * *osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji  i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U.  z 2018 r. poz. 969);* * *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 2018r. poz.1457, z późn. zm.);* * *osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasad równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci  z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze edukacji na lata 2014-2020;* * *członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden  z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;* * *osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;* * *osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;* * *osoby odbywające karę pozbawienia wolności;* * *osoby korzystające z PO PŻ.* |  |  |
| 2. | **Oświadczam,** że jestem osobą ***zamieszkującą*** wg (KC) w województwie mazowieckim. |  |  |
| 3. | **Oświadczam,** że na dzień składania formularza rekrutacyjnego mam ukończone co najmniej **18 lat.** |  |  |
| 4. | **Oświadczam, że** jestem osobą bezrobotną, w tym ( *właściwe zaznaczyć „X” ):*   * ***zarejestrowaną w Urzędzie Pracy*** *(jako załącznik przedkładam zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy \*)* * ***niezarejestrowaną w Urzędzie Pracy*** *(jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych \*)* * ***osobą bierną zawodowo****(jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych \*)*   ***\* Zaświadczenia* *z ZUS i PUP* *należy przedstawić najpóźniej w dniu podpisania Umowy uczestnictwa w Projekcie (*** *ważność zaświadczenia 30 dni od daty wystawienia)* |  |  |
| 5. | **Oświadczam że** jestem osobą niepełnosprawną w stopniu**:**  **znacznym lub umiarkowanym i/lub z niepełnosprawnością sprzężoną lub z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną lub z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** (*jako załącznik należy przedłożyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub dok. potwierdzający stan zdrowia – oryginał do wglądu***)……………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  **……………………………………………………………………………………………………………………………………………….**  *( proszę wpisać* ***stopień i symbol niepełnosprawności*** *oraz informacje o szczególnych potrzebach)* |  |  |
| 6. | **Oświadczam**, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym **doświadczającą wielokrotnego wykluczenia** co rozumiane jest jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek wskazanych w ww. Wytycznych |  |  |
| 7. | **Oświadczam,** że nie korzystałem/- obecnie i w przeszłości ze wsparcia w projektach pozakonkursowych RPMA.09.01.00-IP.01-14-079/19 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE**  **OŚWIADCZAM** | **TAK** | **NIE** |
| Jestem osobą doświadczającą **wielokrotnego wykluczenia** *(jako załącznik przedkładam oświadczenie /zaświadczenie)* **+ 10 pkt** |  |  |
| Jestem **osobą niepełnosprawną** w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub niepełnosprawność sprzężona oraz z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (*jako załącznik przedkładam orzeczenie o niepełnosprawności lub dok. potwierdzający stan zdrowia)* **+ 10 pkt** |  |  |
| Jestem osobą spełniającą przesłankę **ubóstwa** *(jako załącznik przedkładam zaświadczenie/oświadczenie  o dochodach)***+ 10 pkt** |  |  |
| Jestem osobą korzystającą z **Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** 2014-2020 (*jako załącznik przedkładam oświadczenie/inny dokument potwierdzający korzystanie z PO PŻ)* **+ 10 pkt** |  |  |
| Jestem osobą posiadającą **niskie kwalifikacje** (włącznie do ISCED 3*) (jako załącznik przedkładam* *oświadczenie)***+3 pkt** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MINIMALNY ZAKRES DANYCH KONIECZNY DO WPROWADZENIA DO CENTRALNEGO SYSTEMU INFORMATYCZNEGO**  *Uczestnik projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku Projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.* | | | |
| jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależącą do mniejszości narodowej lub etnicznej. | * TAK | * NIE | * ODMOWA INFORMACJI |
| jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań. | * TAK | * NIE | * ODMOWA   INFORMACJI |
| jestem osobą z niepełnosprawnościami | * TAK | * NIE | * ODMOWA   INFORMACJI |
| jestem osobą żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej, w tym: os. z wykształceniem na poziomie ISCED 0, pochodząca z obszarów wiejskich (DEGURBA3), uzależniona od alkoholu, narkotyków, innych środków odurzających, byli więźniowie, os. korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w): sieroctwa, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony macierzyństwa i wielodzietności, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych itp. | * TAK | * NIE | * ODMOWA   INFORMACJI |

**DODATKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **UZASADNIENIE MOTYWACJI UCZESTNICTWA  W PROJEKCIE** | Dlaczego chce wziąć Pani/Pan udział w projekcie? Proszę w kilku zdaniach krótko uzasadnić.  ………………………………………………………………………………………………………………………...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................…………………………………………………………………………………………………….. |

**Oświadczam, że do formularza rekrutacyjnego dołączam (najpóźniej w dniu podpisania Umowy uczestnictwa) załączniki (jeśli dotyczy):**

🞏 Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)

🞏 Zaświadczenie z Urzędu Pracy (dotyczy osób bezrobotnych zarejestrowanych w urzędzie pracy)

🞏 Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o niepodleganiu ubezpieczeniom społecznym ( dotyczy osób bezrobotnych niezarejestrowanych w urzędzie pracy i biernych zawodowo)

🞏 Zobowiązanie do przekazania informacji o sytuacji zawodowej do 4 tyg. i 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie.

**OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKA**

**Oświadczam, że:**

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i 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.
2. Dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym, w tym wszystkie oświadczenia, są zgodne z prawdą. Oświadczam, że zostałem/am uprzedzony/na o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach rekrutacyjnych i zgłoszeniowych są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
3. Oświadczam, iż posiadam/nie posiadam\* pełną zdolność do czynności prawnych.

*(\*Niepotrzebne skreślić*, *w przypadku skreślenia „posiadam” wszystkie dokumenty w imieniu Kandydata/tki podpisuje prawny opiekun, który zobowiązany jest przedstawić dokument uwierzytelniający ten fakt).*

1. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie **„Aktywne Mazowsze**”, akceptuję go, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania. Jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian.
2. Deklaruję dobrowolny udział w projekcie oraz uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Lidera lub Partnera.
3. Oświadczam, że na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego nie uczestniczę w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej.
4. Oświadczam, że zakres wsparcia przewidziany w projekcie nie będzie powielał działań, które otrzymałam/em/ otrzymuję lub moja rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących.
5. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu **„Aktywne Mazowsze**” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
6. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania Dokumentów rekrutacyjnych do powyższego Projektu 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) co skutkuje brakiem możliwości kwalifikacji do Projektu i tym samym prowadzi do niezakwalifikowania do udziału w Projekcie.
7. Zostałem/-am poinformowany/a, że S.T.R Project Stanisław Romaniszyn jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez S.T.R Project Stanisław Romaniszyn wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2014. Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu **„Aktywne Mazowsze”,** zgodnie z ustawą z dn. 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, srt.1 z póź.zm.)zwanego dalej „ RODO”.
9. Wyrażam zgodę na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez S.T.R. Project Stanisław Romaniszyn w Pile przy ul. Różana Droga 1A. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych   
   i sprawozdawczych w stosunku do Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Warszawie.

………………………………………………………….

data i czytelny podpis Kandydata/ki

**OŚWIADCZENIA – ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

**dotyczy Projektu „ Aktywne Mazowsze” nr RPMA.09.01.00-14-d386/19**

Ja, niżej podpisany/a ...............................................................................................................................,

zamieszkały/a….........................................................................................................................................,

nr PESEL.......................................................................................................................................................,

Jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczeń niezgodnych z prawdą, skutkujących po stronie S.T.R. Project Stanisław Romaniszyn z siedzibą w Pile (64-920), ul. Różana Droga 1A, obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. Projekcie **„ Aktywne Mazowsze”** S.T.R. Project Stanisław Romaniszyn będzie miało prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …………………………………………………… |  | …………………………………………………… |
| *miejscowość i data* |  | *czytelny podpis Kandydata/tki* |

1. **OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ LUB KWALIFIKOWANIU SIĘ DO OBJĘCIA WSPARCIEM POMOCY SPOŁECZNEJ**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem **osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej** zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub **kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej**, tj. spełniającą co najmniej jedną   
z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ( właściwe proszę zaznaczyć „X”):

* ubóstwo
* sieroctwo
* bezdomność
* bezrobocie
* niepełnosprawność
* długotrwała lub ciężka choroba
* przemoc w rodzinie
* potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności
* bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych
* brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze
* trudność w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy
* alkoholizm lub narkomania
* zdarzenie losowe lub sytuacja kryzysowa
* klęska żywiołowa lub ekologiczna

…………………………………..…………

czytelny podpis Kandydata/tki

1. **OŚWIADCZENIE O WIELOKROTNYM WYKLUCZENIU**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że **jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego** czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020 (rozdział 3 pkt 13), tj. jestem (*zaznaczyć właściwe „ X”):*

* osobą korzystającą 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 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[[1]](#footnote-1);
* osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym[[2]](#footnote-2);
* osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającej pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
* osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2018 r. poz. 969);
* osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii,   
  o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2018 r. poz. 1457, z późn. zm.);
* osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;
* członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
* osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[[3]](#footnote-3);
* osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020[[4]](#footnote-4);
* osobą odbywającą karę pozbawienia wolności;
* osobą korzystającą z PO PŻ[[5]](#footnote-5).

…………………………………..…………

czytelny podpis Kandydata/tki

1. **OŚWIADCZENIE O WSPARCIU W PROJEKTACH POZAKONKURSOWYCH RPMA.09.01.00-IP.01-14-079/19**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że obecnie i w przeszłości korzystałem(-am) /nie korzystałem(-am)\* ze wsparcia w projektach pozakonkursowych RPMA.09.01.00-IP.01-14-079/19

*\*Niepotrzebne skreślić*

…………………………………..…………

czytelny podpis Kandydata/tki

1. **OŚWIADCZENIE O POZOSTAWANIU W UBÓSTWIE**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym

oświadczam, iż jestem osobą spełniającą **kryterium ubóstwa** tj. nie przekraczam tzw. **ustawowej granicy ubóstwa**– kwoty dochodów, która zgodnie z obowiązującą ustawą o pomocy społecznej uprawnia do ubiegania się o przyznanie świadczenia pieniężnego. W związku z powyższym mój dochód jako ( *zaznaczyć właściwe„X”*):

* osoby samotnie gospodarującej, nie przekracza kwoty **701,00 zł netto**,
* osoby w rodzinie, nie przekracza kwoty **528,00 zł netto**.

…………………………………..…………

czytelny podpis Kandydata/tki

1. **OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014 – 2020**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że korzystam/nie korzystam\* z **Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020**. Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu „ Aktywne MazowszeF” nie powiela działań, które otrzymuję z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.

*\*Niepotrzebne skreślić*

…………………………………..…………

czytelny podpis Kandydata/tki

1. **OŚWIADCZENIE O NISKICH KWALIFIKACJACH (KWALIFIKACJE WŁĄCZNIE DO ISCDE 3)**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że posiadam niskie kwalifikacje ( *zaznaczyć właściwe „X”)*:

* brak wykształcenia formalnego,
* wykształcenie podstawowe,
* gimnazjalne,
* ponadgimnazjalne/średnie (ukończone liceum/liceum profilowane/liceum ogólnokształcące, technikum/technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)

…………………………………..…………

czytelny podpis Kandydata/tki

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKTACH**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z KC) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że na dzień przystąpienia do Projektu nie uczestniczę w żadnym innym projekcie wspófinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „ Aktywne Mazowsze” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z Unii Europejskiej. Ponadto oświadczam ( *zaznaczyć właściwe „X”)*:

* nie brałem/am udziału w żadnym projekcie podnoszącym kwalifikacje i kompetencje w ramach szkoleń i staży zawodowych,
* brałem/am udział w projekcie podnoszącym kwalifikacje i kompetencje w ramach szkoleń i staży zawodowych, jeśli tak to proszę podać:
* nazwę projektu…………………………………………………………………………….
* rodzaj szkolenia …..………………………………………………………………………
* rodzaj stażu……………………………………………………………………….…….......

…………………………………..…………

czytelny podpis Kandydata/tki

Powyższe dane zbierane są wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem **„Aktywne Mazowsze””**   
nr: RPMA.09.01.00-14-d386/19 i mają służyć zapewnieniu indywidualizacji i kompleksowości wsparcia dla konkretnej osoby. Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy prawa. Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

1. Zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczpospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom także poprzez udzielenie dotacji przedmiotowej do posiłków sprzedawanych w barach mlecznych. [↑](#footnote-ref-1)
2. Przepisy ustawy o zatrudnieniu socjalnym stosuje się w szczególności do: bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego; uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej; chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; bezrobotnych, w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, pozostających bez pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy; zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 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. [↑](#footnote-ref-2)
3. Osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-3)
4. Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

   1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)

   2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)

   3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)

   4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach [↑](#footnote-ref-4)
5. Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) jest krajowym programem operacyjnym współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Najbardziej Potrzebującym, który realizowany jest w oparciu o rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady Nr 223/2014 z dnia 11 marca 2014 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym (Dz. Urz. UE L 72 z 12.03.2014 r., str. 1). [↑](#footnote-ref-5)