|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY****w ramach projektu: „Kierunek aktywizacja” nr FEMA.08.01-IP.01-03S8/24** |
| Data wpływu |  | Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

Projekt realizowany przez **Fundację „STOP WYKLUCZENIU”** w partnerstwie z **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI** |
| Imię/Imiona: |  |
| Nazwisko: |  | Płeć: | * Kobieta
 |
| * Mężczyzna
 |
| Data urodzenia: |  | Wiek aktualny: |  |
| Pesel: |  | Miejsce urodzenia: |  |
| Obywatelstwo: | * polskie,
* brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE,
* brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE.
 |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  |
| Numer domu: |  | Numer lokalu: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  | Gmina: |  |
| Adres e-mail: |  | Telefon kontaktowy: |  |
| **Adres korespondencyjny** (o ile jest inny niż zamieszkania) |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Ulica: |  | Nr domu, lokalu: |  |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA**Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu): |
| **ISCED 0-**Brak |  ❑ | **ISCED 2** Gimnazjalne |  ❑ | **ISCED 4** Policealne |  ❑ |
| **ISCED 1** Podstawowe |  ❑ | **ISCED 3** Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) |  ❑ | **ISCED 5-8** Wyższe |  ❑ |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE****OŚWIADCZAM ŻE:** *( należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):* | **TAK** | **NIE** |
| 1. | Jestem **osobą** **zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu co najmniej jednej przesłanki**zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027(właściwe zaznaczyć „X”):* bierną zawodowo;
* osobą lub rodziną korzystającym ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy. Zgodnie z Art. 7 ww. ustawy pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:
* ubóstwa,
* sieroctwa,
* bezdomności,
* bezrobocia,
* niepełnosprawności,
* długotrwałej lub ciężkiej choroby,
* przemocy domowej,
* 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 Rzeczypospolitej 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.
* osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241); Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:
* bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
* uzależnionych od alkoholu,
* uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,
* osób z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
* długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
* 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,
* 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 uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym
* osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
* osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700, z późn. zm.) oraz osobą nieletnią zagrożonym demoralizacją i przestępczością;
* osobą przebywającą i opuszczającą młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, z późn. zm.) oraz osobom opuszczającym okręgowe ośrodki wychowawcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
* osobą z niepełnosprawnościami;
* członkiem gospodarstw domowych sprawującym opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
* osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
* osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;
* osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością;
* osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, objętą dozorem elektronicznym;
* osobą korzystającą z programu FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027)
* osobą należącą do społeczności marginalizowanej, takich jak Romowie;
* osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;

*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej np. OPS* | ❑ | ❑ |
| 2. | Jestem osobą dorosłą, która na dzień składania formularza rekrutacyjnego ma **ukończone co najmniej 18 lat.** | ❑ | ❑ |
| 3. | Jestem osobą **pozostającą bez zatrudnienia** *Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowania z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS)* | ❑ | ❑ |
| 4. | Jestem osobą **zamieszkującą na terenie województwa Mazowieckiego** w rozumieniu KC obejmującego powiaty: legionowski, miński, otwocki, wołomiński, nowodworski, grodziski, piaseczyński, pruszkowski, warszawski zachodni, oraz m. Warszawa*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie (ZUS/PUP, faktura, list, itp.)*  | ❑ | ❑ |
| 5. | **Oświadczam**, że zostałem/łam uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. | ❑ | ❑ |
| 6. | **Oświadczam,** że jestem osobą nieotrzymującą jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanej ze środków EFS+. | ❑ | ❑ |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu) | **TAK** | **NIE** |
| 1. | **Osoby z grupy PIERWSZEŃSTWA: (+ 20 punktów)*** doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego,
* o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,
* z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z chorobami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,
* korzystające z programu FE PŻ,
* opuszczające placówki opieki instytucjonalne,
* wykluczone komunikacyjnie,
* osoby, które opuściły jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 m-cy.
 | ❑ | ❑ |
| 2. | **Niepełnosprawność: (+2 punkty)**Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością*Jako załącznik przedkładam orzeczenie/zaświadczenie/inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej.* | ❑ | ❑ |
| 3. | **Jestem** osobą **bierną zawodowo: (+4 punkty)**w rozumieniu wytycznych dotyczących realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027**,** w tym (właściwe zaznaczyć):* osobą uczącą się,
* osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu,
* inne.

*Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowania z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS).* | ❑ | ❑ |
| 4. | Jestem osobą **długotrwale bezrobotną: (+2 punkty)** osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych.*W załączeniu przedstawiam zaświadczenie z PUP o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej (w przypadku osób zarejestrowanych w PUP) lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS – w przypadku osób nie zarejestrowanych w PUP) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.* | ❑ | ❑ |
| 5. | Jestem **Kobietą**: **(+2 punkty)** | ❑ | ❑ |
| 6. | Jestem osobą **do 29 roku życia:** **(+5 punktów)** | ❑ | ❑ |
| 7. | Jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu KC **na obszarze OSI** **(+5 punktów) tj: POWIAT WOŁOMIŃSKI (GMINA: STRACHÓWKA)**  | ❑ | ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | **Nie zgłaszam** specjalnych potrzeb lub **nie dotyczy** |
| **Rodzaj potrzeby** | **Proszę opisać potrzebę**  |  |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową |  | ❑ |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych |  |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  |
| Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością |  |
| Indywidualna potrzeba sposobu organizacji wsparcia (dla ON) |  |
| Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy: |  |
| Inne (jakie?) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA** **W SYSTEMIE: SM EFS** **(System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)** (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu) | **TAK** | **NIE** | **ODMAWIAM PODANIA DANYCH** |
| **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej** **(w tym społeczności marginalizowane).**Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska | ❑ | ❑ | ❑ |
| **Jestem osobą obcego pochodzenia**.To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów. | ❑ | ❑ |  |
| **Jestem osobą państwa trzeciego.**Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa. | ❑ | ❑ |  |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań**. | ❑ | ❑ |  |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnościami** Osoba niepełnosprawna 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.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. | ❑ | ❑ | ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data, Miejscowość** | **Czytelny Podpis** |
|  |  |

**OŚWIADCZENIA:**

**Oświadczam że:**

zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie **„Kierunek aktywizacja” FEMA.08.01-IP.01-03S8/24,**

podane wyżej dane są poprawne,

zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go
i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian,

posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,

na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie **„Kierunek aktywizacja”** nie mogę rozpocząć udziału
w innym Projekcie współfinansowanym z UE,

przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie uczestnictwa
i rekrutacji do projektu.

przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz w oświadczeniach do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe
i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu **„Kierunek aktywizacja”**

jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje 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 zgodności z prawdą,

zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027,

zostałem/-am poinformowany/a, że **Fundacja „STOP WYKLUCZENIU”** wraz
z **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** są administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz oświadczeniach. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **Fundacja „STOP WYKLUCZENIU” I S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SM EFS, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027)

dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,

zostałem/-am poinformowany/a, **Fundacja „STOP WYKLUCZENIU” I S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** zapewniają standard ochrony danych zgodnie
z 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).

zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

**wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez firmę **Fundacja „STOP WYKLUCZENIU” I S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn.** Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Mazowieckiej Jednostki Wrażania Programów Unijnych,

mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,

w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będą wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,

mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania/przebywania,

**zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data, Miejscowość** | **Czytelny Podpis** |
|  |  |

**OŚWIADCZENIE**

**o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych grupy docelowej oraz kryteriów premiujących w ramach projektu:
„Kierunek aktywizacja” nr FEMA.08.01-IP.01-03S8/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL lub data urodzenia[[1]](#footnote-1)** |  |

Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria grupy docelowej oraz kryteria preferencji, które zostały zaznaczone przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.

……………………………………………..…………………

 Data i czytelny podpis

1. *Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.* [↑](#footnote-ref-1)