|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY**  **w ramach projektu** ,,**ON – Od Nowa. Program Aktywizacji Społeczno-Zawodowej Osób**  **z Niepełnosprawnościami’’**  **FELU.08.01-IP.02-0094/24** | | | |
| Data wpływu |  | Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

Projekt realizowany przez **S.T.R. PROJECT STANISŁAW ROMANISZYN**

w partnerstwiez **FUNDACJĄ „ACTIO” .**

**Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027 ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI** | | | | | | | |
| Imię: |  | | | | | | |
| Nazwisko: |  | | | | Płeć: | | ☐ Kobieta  ☐ Mężczyzna |
| Data urodzenia: |  | | | Wiek aktualny: | | |  |
| Pesel : |  | | | Miejsce urodzenia : | | |  |
| Obywatelstwo: | ☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE  ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA**  (jeśli nie posiadasz adresu zamieszkania wpisz adres, pod którym przebywasz) | | | | | | | |
| Miejscowość: |  | | | Kod pocztowy: | |  | |
| Ulica: |  | | | | | | |
| Numer domu: |  | Numer lokalu: |  | Powiat : | |  | |
| Województwo: | LUBELSKIE | | | Gmina: | |  | |
| Adres e-mail: |  | | | Telefon kontaktowy: | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY**  (proszę wpisać poniżej o ile jest inny niż adres zamieszkania i/lub przebywania): | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **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 | | ❑ |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU W CHWILI PRZYSTĄPENIA DO PROJEKTU**  **OŚWIADCZAM ŻE:** *( należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):* | | | | | **TAK** | **NIE** |
| **Jestem osobą bierną zawodowo:**  Bierny zawodowo – która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.: a) studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące; b) dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierający naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących; c) doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie. W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą należy traktować go jako osobę pracującą. W przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, należy go wykazywać we wskaźniku dotyczącym osób bezrobotnych. *W tym (jeśli dotyczy):* | | | | | ❑ | ❑ |
| ❑ osobą nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  ❑ osobą uczącą się lub odbywającą kształcenie  ❑ inne  Osoba ucząca się to osoba uczestnicząca w kształceniu formalnym, tj. na poziomie szkoły podstawowej, średniej, jak również kształcąca się na poziomie wyższym w formie studiów wyższych lub doktoranckich realizowanych w trybie dziennym. Kształcenie to uczenie się przez całe życie, szkolenie poza miejscem pracy lub w miejscu pracy, szkolenia zawodowe, itp.  *W załączeniu zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowane*  *z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.* | | | | |
|  | | | | |  |  |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE OŚWIADCZAM, ŻE:**  *( należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):* | | | | | **TAK** | **NIE** |
| **Jestem osobą niepełnosprawną**  *Jako załącznik przedkładam Orzeczenie / inny dokument poświadczający stan zdrowia, zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych / Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego* | | | | | ❑ | ❑ |
| **Na dzień składania formularza rekrutacyjnego jestem osobą w przedziale wiekowym 18-89 lat** | | | | | ❑ | ❑ |
| **Jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie województwa lubelskiego na obszarze wiejskim** | | | | | ❑ | ❑ |
| **Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia tj. osobą bierną zawodową**  *Jako załącznik przedkładam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane*  *z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.* | | | | | ❑ | ❑ |
| **Na dzień składania formularza nie otrzymuję jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie dofinansowanym ze środków EFS+** | | | | | ❑ | ❑ |
|  | | | | |  |  |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE  OŚWIADCZAM ŻE :** *(należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):* | | | | | | |
| **Jestem osobą wielokrotnie wykluczoną (z powodu więcej niż 1 z przesłanek z Wytycznych dotyczących realizacji projektu z udziałem EFS+):**  *Jako załącznik przedkładam oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu i/lub zaświadczenie np. z OPS lub inny dokument potwierdzający* | | | ❑ tak **(+ 15 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością:**  *Jako załącznik przedkładam Orzeczenie / inny dokument poświadczający stan zdrowia, zgodnie z Ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej*  *i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /*  *Ustawą z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.* | | | ❑ w stopniu znacznym/ umiarkowanym **(+ 25 pkt)**  ❑ z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/lub osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby niepełnosprawne intelektualnie i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi **(+ 25 pkt)**  ❑ w stopniu lekkim **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Jestem osobą korzystającą z FE PŻ**  *Jako załącznik przedkładam zaświadczenie o korzystaniu z programu Fundusze Europejskie na pomoc żywnościową 2021-2027 (FE PŻ)* | | | ❑ tak **(+ 10 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Jestem osobą opuszczającą placówki opieki instytucjonalnej *i/lub* penitencjarnej w ciągu ostatnich 12 miesięcy:**  *Opieka instytucjonalna realizowana jest w szczególności w takich instytucjach jak:*  *a) dom pomocy społecznej, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;*  *b) zakład opiekuńczo-leczniczy i zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, o których mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).*  *Jednostki penitencjarne – jednostki, w których odbywa się kary pozbawienia wolności. Okres 12 miesięcy liczony jest od dnia zwolnienia/opuszczenia jednostki penitencjarnej do dnia przystąpienia do projektu.* | | | ❑ tak **(+ 10 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Jestem osobą zamieszkującą obszary wykluczone komunikacyjnie:**  *Obszary, które uznane są za wykluczone komunikacyjne, tj. takie, na których brakuje połączeń transportem publicznym.* | | | ❑ tak **(+ 20 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Jestem kobietą:** | | | ❑ tak **(+ 20 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Jestem osobą w wieku 18-29 lat** | | | ❑ tak **(+ 10 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Jestem osobą, która korzysta z opieki pomocy społecznej :**  *Jako załącznik przedkładam zaświadczenie np. z OPS* | | | ❑ tak **(+ 15 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |
| **Posiadam kompetencje cyfrowe na poziomie maksymalnie podstawowym** | | | ❑ tak **(+ 15 pkt)**  ❑ nie **(+ 0 pkt)** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB WYNIKAJĄCYCH**  **Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** **(DOTYCZY OSÓB Z NIEPEŁNOSPAWNOŚCIĄ)** | | **Nie zgłaszam** specjalnych potrzeb lub  **nie dotyczy** |
| **Rodzaj potrzeby** | ***Proszę wpisać potrzebę wynikającą z niepełnosprawności*** |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową: |  | ❑ |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów: |  |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie : |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego: |  |
| Inne (np. specjalne wyżywienie): |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB DLA OSÓB OBCEGO POCHODZENIA** | | **Nie zgłaszam** potrzeb lub  **nie dotyczy** |
| Proszę wpisać potrzeby związane z posiadaniem obcego pochodzenia (np. pomoc z językiem polskim): |  | ❑ |

|  |  |
| --- | --- |
| **MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA**  **W SYSTEMIE : SM EFS**  **(System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)**  **OŚWIADCZAM ŻE** *( należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):* | |
| **Jestem osobą obcego pochodzenia**  *To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.* | ❑ tak  ❑ nie |
| **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.* | ❑ tak  ❑ nie |
| **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.* | ❑ tak  ❑ nie  ❑ odmowa udzielenia informacji |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | ❑ tak  ❑ nie |
| **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.* | ❑ tak  ❑ nie  ❑ odmowa udzielenia informacji |

**OŚWIADCZENIA:**

**Oświadczam że:**

Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie **,,ON – Od Nowa. Program Aktywizacji Społeczno-Zawodowej Osób z Niepełnosprawnościami’’ nr. FELU.08.01-IP.02-0094/24.**

**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.

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.

Na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków EFS+ oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie **,,ON – Od Nowa. Program Aktywizacji Społeczno-Zawodowej Osób z Niepełnosprawnościami’’ nie mogę rozpocząć udziału** w innym Projekcie współfinansowanym z EFS+.

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

Przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz oświadczeniach do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu **,,ON – Od Nowa. Program Aktywizacji Społeczno-Zawodowej Osób z Niepełnosprawnościami’’.** 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 Lubelskiego 2021-2027.

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

Zostałem/-am poinformowany/a, że z **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** w partnerstwie z **FUNDACJĄ "ACTIO"** jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz oświadczeniach. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** w partnerstwie z **FUNDACJĄ "ACTIO"** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2021, 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, że **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** w partnerstwie z **FUNDACJĄ "ACTIO"** zapewnia 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 **S.T.R. PROJECT Stanisław Romaniszyn** w partnerstwie z **FUNDACJĄ "ACTIO"**- 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 Lublinie.

**Zobowiązuję się** do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w Projekcie (w terminie 4 tygodni od zakończenia udziału).

**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** | **Czytelny Podpis** |
|  |  |