**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **BENEFICJENT** | **Gmina Oborniki Śląskie**  |
| **TYTUŁ PROJEKTU** | **Aktywny Oborniczanin – czas na zmiany** |
| **OKRES REALIZACJI PROJEKTU** | **01.09.2021-30.06.2023** |

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak stanowi warunek konieczny do uzyskania wsparcia w ramach projektu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA/CZKI** | **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Kraj** |  |
| **Płeć** | KOBIETA  MĘŻCZYZNA  |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** *(w przypadku jeśli nie podano nr PESEL)* |  |
| **Wykształcenie** | niższe niż podstawowe podstawowe gimnazjalne ponadgimnazjalne policealne wyższe  |
| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA/CZKI** | **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy** | TAK  NIE  |
| **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba długotrwale bezrobotna
* inne
 |
| **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy** | TAK  NIE  |
| **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba długotrwale bezrobotna
* inne
 |
| **Osoba bierna zawodowo (**osoby, które NIE tworzą zasobów siły roboczej, tj. nie pracują i nie są bezrobotne) | TAK  NIE  |
| **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* osoba ucząca się
* inne
 |
| **Osoba pracująca**  | TAK  NIE  |
| **Jeżeli zaznaczono TAK, podkreśl właściwe:*** osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* osoba pracująca w administracji rządowej
* osoba pracująca w administracji samorządowej
* osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* osoba pracująca w MMŚP
* osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* inne
 |
| **Miejsce pracy (nazwa firmy i adres):** |
| **Wykonywany zawód (podkreśl właściwe):*** nauczyciel kształcenia zawodowego
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* rolnik
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
* instruktor praktycznej nauki zawodu
* inny
 |
| **STATUS UCZESTNIKA/CZKIW CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | TAK  NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | TAK  NIE  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | TAK  NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| **Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione, przykład osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej: były więzień, osoba uzależniona)** | TAK  NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| **Przynależność do grupy docelowej, tj. osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym** | TAK  NIE  |

............................................... ....................................................

 Miejscowość, data czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

**OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ**

Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. należę do minimum****jednej z poniższych grup:** | ***Należy wskazać odpowiedź TAK lub NIE*** |
| 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 12.03.2004 r. o pomocy społecznej1 |  |
| osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13.06.2003 r. o zatrudnieniu socjalnym 2 |  |
| osoby przebywające w pieczy zastępczej3 lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 09.06.2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j.. Dz. U. z 2017, , poz. 697 z późn. zm.) |  |
| 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 (t.j.: Dz. U. z 2016, poz. 1654, z późn. zm) |  |
| osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j.: Dz. U. z 2017, poz. 2198, z późn. zm.) |  |
| osoby z niepełnosprawnością – osoby 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 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego 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 realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 |  |
| osoby odbywające kary pozbawienia wolności |  |
| osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościową 2014-2020 (PO PŻ) |  |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością:** | ***Należy wskazać odpowiedź TAK lub NIE*** |
| w stopniu lekkim |  |
| w stopniu umiarkowanym |  |
| w stopniu znacznym |  |
| z niepełnosprawnością sprzężoną |  |
| z niepełnosprawnością intelektualną |  |
| z zaburzeniami psychicznymi |  |
| posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym |  |
| posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia |  |
| posiadającą orzeczenie o niezdolności do pracy |  |
| posiadającą orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim |  |
| posiadającą inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.) |  |
| *w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi* posiadającą dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia |  |
| posiadającą inny dokument stwierdzający istnienie niepełnosprawności (jaki…………………………………..) |  |
| **Mieszkam na obszarach zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji** | ***Należy wskazać odpowiedź TAK lub NIE*** |
|  |

1 art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

1. ubóstwa;
2. sieroctwa;
3. bezdomności;
4. bezrobocia;
5. niepełnosprawności;
6. długotrwałej lub ciężkiej choroby;
7. przemocy w rodzinie;

7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;

1. potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
2. bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
3. trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
4. alkoholizmu lub narkomanii;
5. zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
6. klęski żywiołowej lub ekologicznej.

2 art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj.: przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

1. bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
2. uzależnionych od alkoholu,
3. 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.

3 w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Ponadto oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywny Oborniczanin – czas na zmiany” i akceptuję wszystkie jego postanowienia,
2. po zakwalifikowaniu się do projektu dołączę deklarację uczestnictwa w projekcie wraz ze wszystkimi niezbędnymi oświadczeniami na potrzeby realizacji projektu,
3. zostałem/am poinformowany/a o dofinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
4. zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu projektu i udziału w badaniach ewaluacyjnych w celu określenia osiągniętych wskaźników efektywności społeczno-zatrudnieniowej,
5. zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

............................................... ....................................................

 Miejscowość, data czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

|  |
| --- |
| **Tabela wypełniana przez członka komisji rekrutacyjnej** |
| *Kryterium* | *Spełnia/nie spełnia/wartość* | *Max punktacja* | *Przyznane punkty* |
| Osoba i/lub rodzina doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego |  | 10 pkt |  |
| Osoba i/lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zamieszkująca na obszarach zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji |  | 10 pkt |  |
| Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/z niepełnosprawnością sprzężoną/z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną/z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi |  | 10 pkt |  |
| Osoba i/lub rodzina korzystająca z PO PŻ 2014-2020 |  | 10 pkt |  |
| **SUMA** |  |

…………………………………………..

Data, podpis członka komisji rekrutacyjnej