|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu: |  |
| Godzina wpływu: |  |



Kwestionariusz rekrutacyjny

Szanowni Państwo!

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PROJEKTU** | Tytuł projektu | Aktywizacja, Integracja, Praca | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr projektu | RPPD.07.01.00-20-0185/17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oś priorytetowa | VII. Poprawa spójności społecznej | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Działanie | 7.1 Rozwój działań aktywnej integracji | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Priorytet inwestycyjny | 9.1 Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejsce organizacji | Powiat: augustowski, moniecki, wysokomazowiecki, zambrowski, siemiatycki | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Termin realizacji projektu | od | 01.04.2018 | | | | | | | | | | do | | | 30.11.2019 | | | | |
| **DANE**  **KANDYDATKI/ KANDYDATA** | Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  | |  |  |  |  | | |  | |  | | |  | |  |  |  | |
| Data urodzenia | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | *format* ***dd/mm/rrrr*** | | | | | | | | | |
| Wiek w chwili aplikacji do projektu |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Płeć | Kobieta | | | | | |  | Mężczyzna | | | | | | | | | | |  |
| Miejsce urodzenia  *(miejscowość, województwo)* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Poziom wykształcenia | Brak | | | | | |  | Ponadgimnazjalne | | | | | | | | | | |  |
| Podstawowe | | | | | |  | Pomaturalne | | | | | | | | | | |  |
| Gimnazjalne | | | | | |  | Wyższe | | | | | | | | | | |  |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod/Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | Gmina | | | | |  | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres korespondencyjny** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod/Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon stacjonarny | * nie posiadam | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon komórkowy | * nie posiadam | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-mail | * nie posiadam | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS KANDYDATKI/KANDYDATA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą **niepracującą**, w tym: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| -***bezrobotną***, zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| - ***długotrwale bezrobotną***  *(min. 6 miesięcy dla osób do 25 r.ż. / min. 12miesięcy dla osób powyżej 25 r.ż.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| - ***zakwalifikowaną do III profilu pomocy*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| - ***bierną zawodowo***, niezarejestrowaną w powiatowym Urzędzie Pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Jestem osobą ***korzystającą ze świadczeń lub wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Jestem osobą ***uzależnioną lub dotkniętą przemocą w rodzinie*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Jestem osobą ***korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Jestem osobą ***posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| *(proszę wpisać* ***stopień i symbol niepełnosprawności*** *, informacje o szczególnych potrzebach)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Przesłanki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie 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:***   * *osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą 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 z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne 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 osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);* * *rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;* * *osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);* * *osoby niesamodzielne;* * *osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;* * *osoby odbywające kary pozbawienia wolności;* * *osoby korzystające z PO PŻ.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą ***zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu 1 przesłanki.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Jestem osobą ***zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu więcej niż 1 przesłanki.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **Charakterystyka sytuacji życiowej** |
| 1. **Opis sytuacji życiowej (m.in. ogólna charakterystyka sytuacji życiowej, występujących trudności, przyczyn ich powstania, barier utrudniających rozwiązanie trudnej sytuacji życiowej itp.)** |
|  |
| 1. **Opis sytuacji materialnej w rodzinie (m.in. średnie miesięczne dochody, średni dochód na osobę w rodzinie itp.)** |
|  |
| 1. **Opis poziomu wykształcenia i posiadanych kwalifikacji zawodowych.** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA** | |
| **Oświadczam, że:**   * Podane wyżej dane są zgodne z prawdą, * Zostałem/-am poinformowany o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, * Zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian, * Zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Regionalnego 2014 – 2020, * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby procesu rekrutacji projektu „Aktywizacja, Integracja, Praca” zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000), * Nie korzystam jednocześnie z takich samych form wsparcia w ramach projektów realizowanych w Działaniu 9.1 | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis |