

LIDER:

Fundacja Rozwoju Ekonomii Społecznej

PARTNERZY:

Centrum Społecznego Rozwoju

Miasto Gliwice / Gliwickie Centrum

Organizacji Pozarządowych



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSÓB FIZYCZNYCH

Tytuł projektu		Regionalny Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej 2.0	
Numer projektu:		RPSL.09.03.01-IZ.01-24-205/17	
DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Dane uczestnika	Imię		
	Nazwisko		
	PESEL		
	Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny (osoba fizyczna przystępująca do projektu indywidualnie) <input type="checkbox"/> Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu (osoba fizyczna delegowana przez instytucję do odbioru wsparcia) <input type="checkbox"/> Pracownik <input type="checkbox"/> Wolontariusz	
	Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/> Tak (brak możliwości udzielenia wsparcia) <input type="checkbox"/> Nie	
	Nazwa Instytucji		
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ISCED 0 - niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ISCED 1 - wykształcenie PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> ISCED 2 - wykształcenie GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 3 - wykształcenie PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 4 - wykształcenie POLICEALNE <input type="checkbox"/> ISCED 5-8 – wykształcenie WYŻSZE	
	Miejscowość		
	Ulica		
	Nr budynku		
	Nr lokalu		
	Kod pocztowy		
	Telefon kontaktowy		
Adres e-mail			
Szczegóły	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP (np. spółki)	



		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Inne (w tym spółdzielnia socjalna)
	Wykonywany zawód (wypełnić zgodnie z klasyfikacją zawodów):	<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia przedszkolnego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inny
	Zatrudniony w:	
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
SZCZEGÓŁOWE KRYTERIA GRUPY DOCELOWEJ		
Osoba bezdomna lub dotknięta 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument poświadczający stan zdrowia
Osoba korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> W przypadku osoby bezrobotnej zaświadczenie z PUP <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodzina przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Zaświadczenie kuratora <input type="checkbox"/> Wyrok sądu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika lub prawnego opiekuna
Osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich .	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od kuratora; <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; <input type="checkbox"/> Kopia postanowienia sądu;

		<input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;
Osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub w młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii
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.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka ORAZ: <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba niesamodzielna.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od lekarza <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika lub opiekuna
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 w zakresie nie powielającym się ze wsparciem projektowym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono: * <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający korzystanie z programu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:		
<ul style="list-style-type: none"> - Wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie Regionalny Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej 2.0 przewidzianego do realizacji przez Fundację Rozwoju Ekonomii Społecznej w partnerstwie z Miastem Gliwice/Gliwickim Centrum Organizacji Pozarządowych oraz Centrum Społecznego Rozwoju w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. - Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie, - Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki. - Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. - Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. 		
MIEJSCOWOŚĆ I DATA		CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

* - Wypełnia Projektodawca.

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

<p>Ja niżej podpisany(na), niniejszym oświadczam, iż:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu, - Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail), - Wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/wypowiedzi przez realizatorów projektu pt.: Regionalny Ośrodek Wspierania Ekonomii Społecznej 2.0 przewidzianego do realizacji przez Fundację Rozwoju Ekonomii Społecznej w partnerstwie z Miastem Gliwice/Gliwickim Centrum Organizacji Pozarządowych oraz Centrum Społecznego Rozwoju w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych. 	
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU****

UWAGA!

Kserokopie załączonych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę składającą formularz zgłoszeniowy poprzez opatrzenie każdej strony kserokopii dokumentu klauzulą „Za zgodność z oryginałem”, bieżącą datą oraz własnoręcznym, czytelnym podpisem osoby starającej się o udział w projekcie.

W przypadku osób niepełnosprawnych dopuszcza się możliwość złożenia dokumentów rekrutacyjnych przy pomocy pełnomocnika, zgodnie z zapisami Kodeksu Cywilnego.