**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**„****Nowy start – aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”**

realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Poddziałanie IX.1.2. *Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - ZIT*

*Szanowni Państwo,*

*dziękujemy za zainteresowanie naszym Projektem. Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie z Regulaminem projektu. Przed wypełnieniem formularza prosimy zapoznać się   
z poniższą instrukcją.*

**Instrukcja wypełniania Formularza:**

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.

2. Formularz należy wypełnić komputerowo. W przypadku braku takiej możliwości dopuszcza się wypełnienie odręczne (DRUKOWANYMI I CZYTELNYMI LITERAMI).

3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.

4. WSZYSTKIE strony formularza **muszą być własnoręcznie podpisane** przez kandydata. Brak podpisu traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.

***Pamiętaj o załączeniu zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy (osoby bezrobotne zarejestrowane w PUP) lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (osoby bezrobotne niezarejestrowane w PUP oraz osoby bierne zawodowo).***

|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIA REALIZATOR** | |
| **Numer formularza:** | ……………………….. / ……………………….. / 202... |
| **Data i godzina wpływu formularza:** | Data: ………………………………….. Godzina: ………………………………….. |
| **Czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA KANDYDAT** | | | |
| **Dane kandydata** | | | |
| **Dane osobowe** | | | |
| Imię |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| PESEL |  | | |
| Data urodzenia |  | | |
| Numer i rodzaj dokumentu tożsamości |  | | |
| **Adres zamieszkania** | | | |
| Ulica |  | | |
| Numer domu |  | | |
| Numer lokalu |  | | |
| Miejscowość |  | | |
| Kod pocztowy |  | | |
| Powiat |  | | |
| Gmina |  | | |
| **Dane kontaktowe** | | | |
| Telefon |  | | |
| Adres e-mail |  | | |
| **Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)** | | | |
| Ulica |  | | |
| Numer domu |  | | |
| Numer lokalu |  | | |
| Miejscowość |  | | |
| Kod pocztowy |  | | |
| **Status uczestnika** | | | | |
| Jestem osobą bezrobotną[[1]](#footnote-2) | | * niezarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy * zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy | | |
| Jestem osobą długotrwale bezrobotną[[2]](#footnote-3) | | * TAK | | |
| Jestem osobą bierną zawodowo[[3]](#footnote-4) | | * uczącą się * nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu | | |
| Posiadam wykształcenie: | | * niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne ogólnokształcące * ponadgimnazjalne zawodowe * zasadnicze zawodowe * policealne * wyższe * inne (wpisać)……………………………………………………………. | | |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia. | | * TAK | | |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. spełniam min. jedną z poniższych przesłanek:  - nie posiadam wykształcenia (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej szkoły podstawowej);  - jestem byłym więźniem;  - jestem osobą uzależnioną od narkotyków;  - jestem osobą bezdomną i wykluczoną z dostępu do mieszkań;  - zamieszkuję obszar wiejski (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3). | | * TAK | | |
| **Kryteria obligatoryjne** | | | | |
| Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, czyli:  1) bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;  2) uzależnioną od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego;  3) uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;  4) chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;  5) długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;  6) zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;  7) uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;  8) osobą niepełnosprawną, 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 powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą lub jestem członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej. | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą nieletnią, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich. | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego[[4]](#footnote-5). | | | * + - * TAK | |
| Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością. | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.* | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (w formie dozoru elektronicznego). | | | * + - * TAK | |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa[[5]](#footnote-6). | | | * + - * TAK | |
| **Kryteria premiujące** | | | | |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa. | | | * + - * TAK (+2 pkt) | |
| Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności[[6]](#footnote-7). | | | * + - * TAK (+2 pkt) | |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną[[7]](#footnote-8). | | | * + - * TAK (+2 pkt) | |
| Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi[[8]](#footnote-9). | | | * + - * TAK (+2 pkt) | |

|  |
| --- |
| **Motywacja do udziału w projekcie**  *Opisz dlaczego chcesz wziąć udział w projekcie i jakie masz oczekiwania względem otrzymanego wsparcia.* |
|  |

Oświadczam, że:

* posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
* deklaruję swój dobrowolny udział w projekcie „Nowy start – aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”;
* uczę się/pracuję/zamieszkuję w rozumieniu KC na obszarze ŁOM (miasto Łódź, powiaty: brzeziński, zgierski, pabianicki, łódzki wschodni);
* zostałem/-am poinformowana o dofinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
* zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu „Nowy start – aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Łódzkiego Obszaru Metropolitalnego”, realizowanego przez INSE Instytut Nauk Społeczno-Ekonomicznych sp. z o.o. spółka komandytowa w partnerstwie z Gminą Miasto Zgierz i akceptuję jego postanowienia;
* zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania przetwarzanych przez realizatorów projektu.
* wyrażam świadomie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 oraz art. 7 ust. 2 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 (Dz.U. UE.L. 119/1 z 04.05.2016) zwanego „RODO” wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Beneficjenta (INSE Instytut Nauk Społeczno-Ekonomicznych Sp. z o.o. spółka komandytowa, ul. Piotrkowska 55 lok.113, 90-413 Łódź) oraz Partnera (Gmina Miasto Zgierz, ul. Jana Pawła II 16, 95-100 Zgierz) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta i Partnera z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 wynikających z umowy nr RPLD.09.01.02-10-0007/20. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności;
* informacje podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe na dzień złożenia dokumentacji aplikacyjnej. Ponadto jestem świadomy/-a, iż w przypadku składania fałszywych oświadczeń realizator projektu może złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa do właściwych organów państwowych.

………………………

czytelny podpis

……………………….

data

1. To osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia. [↑](#footnote-ref-2)
2. To osoby, które pozostają bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy. [↑](#footnote-ref-3)
3. To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). [↑](#footnote-ref-4)
4. W przypadku posiadania statusu osoby z niepełnosprawnościami, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie z ZUS/PZON [↑](#footnote-ref-5)
5. Należy załączyć dokument potwierdzający fakt korzystania z PO PŻ, np. kopię umowy wsparcia. [↑](#footnote-ref-6)
6. W przypadku posiadania statusu osoby z niepełnosprawnościami, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie z ZUS/PZON. [↑](#footnote-ref-7)
7. W przypadku posiadania statusu osoby z niepełnosprawnościami, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie z ZUS/PZON. [↑](#footnote-ref-8)
8. W przypadku posiadania statusu osoby z zaburzeniami psychicznymi, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie od lekarza. [↑](#footnote-ref-9)