



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
„AKTYWNOŚĆ Twoją Szansą”  
FESL.07.02-IZ.01-0677/23**

Data wpływu Formularza	
Numer rekrutacyjny	
Podpis osoby przyjmującej Formularz	

Formularz należy wypełnić czytelnie, **DRUKOWANYMI LITERAMI**.  
Odpowiedzi w formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.

**CZĘŚĆ I - DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

Imię/Imiona		
Nazwisko		
Numer PESEL lub inny identyfikator		<input type="checkbox"/> brak PESEL
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek:		data urodzenia:
Obywatelstwo	Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE	<input type="checkbox"/>
	Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec	<input type="checkbox"/>
	Obywatelstwo polskie	<input type="checkbox"/>
Wykształcenie	Brak formalnego wykształcenia (ISCED 0)	<input type="checkbox"/>
	Podstawowe (ISCED 1)	<input type="checkbox"/>
	Gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/>
	Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	<input type="checkbox"/>
	Policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/>
	Wyższe (ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/>

**ADRES ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI**

Kraj	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	



Kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

**CZĘŚĆ II - STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****Osoba pozostająca bez zatrudnienia****Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** – zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy**Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** – zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS**Osoba bierna zawodowo** – zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS TAK NIEOsoba **bezrobotna zarejestrowana** w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym: TAK

\*długotrwale bezrobotną

 TAKOsoba **bezrobotna niezarejestrowana** w urzędzie pracy TAKOsoba **bierna zawodowo**, w tym: TAK

\*osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu

 TAK

\*osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie

 TAKOsoba **pracująca** łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek TAK**CZĘŚĆ III - STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/i sytuacji społecznej)

Osoba z niepełnosprawnościami

 TAK

Osobą obcego pochodzenia

 TAK

Osoba z krajów trzecich

 TAK

Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie

 TAK

Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

 TAK

Osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej

 TAK

Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą

 TAK

Żadne z powyższych

 TAK



Odmowa udzielenia odpowiedzi	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba korzystająca z pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK

**CZĘŚĆ IV – KRYTERIA FORMALNE****Oświadczam, że:**

Jestem osobą w wieku pow. 18 roku życia (dokument potwierdzający tożsamość – do wglądu)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, kwalifikującą się do grupy:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
1. <b>osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 901) lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach)</b>	<input type="checkbox"/> TAK
2. <b>osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241) - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia</b>	<input type="checkbox"/> TAK
3. <b>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 (Dz. U. z 2022 r., poz. 447 z późn. zm.) - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej</b>	<input type="checkbox"/> TAK
4. <b>osoby z niepełnosprawnościami</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności są następujące dokumenty np.: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia	<input type="checkbox"/> TAK
5. <b>członkowie gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia	<input type="checkbox"/> TAK
6. <b>osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia	<input type="checkbox"/> TAK
7. <b>osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce	<input type="checkbox"/> TAK
8. <b>osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku	<input type="checkbox"/> TAK



sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu		
9.	<b>osoby odbywające karę pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest orzeczenie sądu o zezwoleniu na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego	<input type="checkbox"/> TAK
10.	<b>osoby korzystające z programu FE PŻ</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność	<input type="checkbox"/> TAK
11.	<b>osoby należące do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznych lub inny dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę na uczestnikiem	<input type="checkbox"/> TAK
12.	<b>osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców	<input type="checkbox"/> TAK
13.	<b>osoby wykluczone komunikacyjnie</b> - potwierdzeniem kwalifikowalności jest: oświadczenie uczestnika o miejscu zamieszkania na terenie gminy, w której występują problemy z dostępnością komunikacyjną, zgodnie z tabelami nr 1 i 2 wskazanymi w dokumencie: „Analiza dostępności komunikacyjnej na terenie województwa śląskiego”	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie województwa śląskiego		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam doświadczenie zawodowe	poniżej 1 roku	<input type="checkbox"/> TAK
	1-2 lata	<input type="checkbox"/> TAK
	powyżej 2 lat	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

**CZĘŚĆ V – SPECJALNE POTRZEBY** (należy zaznaczyć x)

Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową, jakie: ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> TAK
Zapewnienie tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/> TAK
Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką	<input type="checkbox"/> TAK
Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? jakie: ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> TAK
Inne specjalne potrzeby, jakie: ..... ..... .....	<input type="checkbox"/> TAK

**CZĘŚĆ V – FORMY WSPARCIA**



Realizacja wsparcia opiera się na zapisach ustalonej z Uczestnikiem/Uczestniczką Indywidualnej Ścieżki Reintegracji (IŚR)

1.	Określenie indywidualnej ścieżki reintegracji, w tym diagnoza i monitoring (IŚR) – min. 10 godz./min. 3 m-ce
2.	Usługi aktywnej integracji o charakterze społecznym (OBOWIĄZKOWE): – min. 4 godziny <ul style="list-style-type: none"> <li>– specjalistyczne poradnictwo psychologiczne i/lub</li> <li>– mediacje i/lub</li> <li>– poradnictwo prawne i/lub</li> <li>– inne: socjoterapia/ praca socjalna – jeśli dotyczy</li> </ul>
3.	Grupowe szkolenie ICT (OBOWIĄZKOWE): – śr. 16–20 godzin
4.	Grupowe warsztaty z zakresu kompetencji miękkich – min. 8–10 godzin
5.	Usługi o charakterze zawodowym: <ul style="list-style-type: none"> <li>– Doradztwo zawodowe (indywidualne) – min. 2–6 godzin i/lub</li> <li>– Pośrednictwo pracy (indywidualne) – min. 2–6 godzin i/lub</li> <li>– Szkolenia zawodowe – śr. 80–100 godzin i/lub</li> <li>– Staże zawodowe – min. 1 miesiąc</li> </ul>

#### OŚWIADCZENIA:

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

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027,
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji oraz uczestnictwa w projekcie „AKTYWNOŚĆ Twoją Szansą” FESL.07.02-IZ.01-0677/23, akceptuję jego warunki i wyrażam dobrowolną chęć udziału w Projekcie,
- dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą,
- zobowiązuję się do przekazania informacji o swojej sytuacji społeczno-zawodowej do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie oraz do wypełnienia ankiety ewaluacyjnej,
- Potwierdzam zapoznanie się z treścią Klauzuli informacyjnej Beneficjenta oraz Klauzuli informacyjnej IP/IŻ.

<i>Miejscowość, data</i>	<i>Czytelny podpis Uczestnika/czki</i>