



Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

.....

NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA ORGANIZATOR).....

Dane uczestnika	<i>Imię i nazwisko</i>		
	<i>Płeć</i>		
	<i>Data urodzenia</i>		
	<i>Miejsce urodzenia</i>		
	<i>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</i>		
	<i>PESEL</i>		
	<i>NIP</i>		
	<i>Nr dowodu osobistego</i>		
	<i>Stan cywilny</i>		
	<i>Wykształcenie</i>		<i>Brak</i> <input type="checkbox"/> <i>podstawowe</i> <input type="checkbox"/> <i>gimnazjalne</i> <input type="checkbox"/>
<i>Opieka nad dzieckiem do lat 7 lat lub osobą zależną</i>		<i>tak</i> <input type="checkbox"/>	<i>nie</i> <input type="checkbox"/>
Adres zameldowania stałego	<i>Ulica</i>		
	<i>Nr domu</i>		
	<i>Nr lokalu</i>		
	<i>Miejscowość</i>		
	<i>Kod pocztowy, poczta</i>		
	<i>Powiat</i>		
	<i>Województwo</i>		
<i>Obszar miejski</i> <input type="checkbox"/>		<i>Obszar wiejski</i> <input type="checkbox"/> ( <i>gminy wiejskie, wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców</i> )	
Dane kontaktowe	<i>Ulica, Nr domu, Nr lokalu</i>		
	<i>Kod pocztowy, poczta</i>		
	<b><i>Proszę o wypełnienie jeżeli dane te SĄ INNE niż w tabeli Adres zameldowania</i></b>		
	<i>Telefon stacjonarny</i>		
	<i>Telefon komórkowy</i>		
<i>Adres poczty e-mail</i>			

Dane dodatkowe	<i>Korzystam z pomocy społecznej</i> <i>rodzaj świadczenia.....</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Moje dziecko/dzieci uczęszczają do Gminnej Świetlicy Socjoterapeutycznej</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Moja rodzina jest objęta wsparciem asystenta rodziny</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Moje dzieci przebywają w pieczy zastępczej</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Posiadam ograniczoną władzę rodzicielską</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Toczy się z udziałem mojej osoby postępowanie przed Sądem Rodzinnym</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu .....</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Leczę się w poradni zdrowia psychicznego</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
Status na rynku pracy	<i>Jestem osobą bezrobotną (w rozumieniu Ustawy z dnia 20.IV.2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy) jednocześnie:</i> <i>-niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia,</i> <i>- zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy</i> <i>- profil oddalenia od rynku pracy (nadany przez właściwy PUP)</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>  <i>I</i> <input type="checkbox"/> <i>II</i> <input type="checkbox"/> <i>III</i> <input type="checkbox"/>
	<i>W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/em zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna w PUP przez okres</i>	<i>0-12 miesięcy</i> <input type="checkbox"/> <i>12-24 miesięcy</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Jestem osobą nieaktywną zawodowo (pozostającą bez zatrudnienia, ale nie osobą bezrobotną):</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Uczę się w systemie:</i>	<i>dziennym</i> <input type="checkbox"/> <i>zaocznym</i> <input type="checkbox"/> <i>wieczorowym</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Jestem zatrudniony/a</i>	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
<b>Przyczyny deklaracji uczestnictwa w projekcie:</b> <i>a) Uzasadnienie wyboru</i>		
<i>b) Oczekiwania Pana/Pani po ukończeniu uczestnictwa w projekcie:</i>		
<i>Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:</i> <i>a) „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”</i> <i>b) „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Gminę Iłowo-Osada/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Iłowie-Osadle”,</i>		

- c) „Oświadczam, że zapoznałem/lam się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” i akceptuję jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania kontraktu socjalnego w ramach projektu”,
- d) „Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie oświadczam, że w razie nieuzasadnionej rezygnacji z uczestnictwa w projekcie zobowiązuję się do zwrotu pełnych kosztów mojego uczestnictwa w cyklu szkoleniowym, wg wyliczenia wynikającego z zatwierdzonego projektu tj. kwoty ..... zł w terminie 7 dni od daty rezygnacji”,
- e) „wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu „ZMIENIAM SIEBIE – DBAM O RODZINĘ. EDYCJA II” i umowy RPWM.11.02.03-28-0117/19-00 (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych.). Jest mi znane prawo dostępu do moich danych osobowych i ich modyfikacji”,
- f) Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „ZMIENIAM SIEBIE – DBAM O RODZINĘ. EDYCJA II” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- g) Jestem świadomy/a, że złożenie Kwestionariusza rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

*Data i podpis osoby przyjmującej  
oświadczenie*

*Data i własnoręczny podpis osoby  
składającej oświadczenie*