

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

BENEFICJENT	Fundacja Imago
TYTUŁ PROJEKTU	Śląski Program Reintegracji
OKRES REALIZACJI PROJEKTU	01.01.2018-31.12.2019

DANE UCZESTNIKA	Imię	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Kraj	
	Płeć	
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	Wykształcenie	niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe ☐
DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy	
	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba bierna zawodowo (niepracująca i niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy)	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba pracująca	TAK ☐ NIE ☐
	Zatrudniony/a w	
	Wykonywany zawód	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba z niepełnosprawnościami	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	TAK ☐ NIE ☐
	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	TAK ☐ NIE ☐
	Przynależność do grupy docelowej, tj. osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	TAK ☐ NIE ☐
PRZYZNANE WSPARCIE (wypełnia biuro projektu)	Indywidualne wsparcie reintegracyjne	Doradztwo zawodowe ☐ Skierowanie do OWES ☐
	Usługi asystenckie	☐
	Staż	☐
	Szkolenie zawodowe	☐
	Wzmocnienie poziomu funkcjonowania społeczno-zawodowego	Instruktor samodzielnego funkcjonowania społecznego ☐ Instruktor przygotowania zawodowego ☐ Kurs obsługi wózków widłowych elektr. ☐ Kurs j. angielskiego ☐ Kurs j. niemieckiego ☐ Kurs komputerowy ECDL ☐ Kurs AUTOCAD ☐
	Pośrednictwo pracy	

.....
Miejscowość, data

.....
podpis Kandydata/Kandydatki

OŚWIADCZENIE O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ
(należy wypełnić wpisując odpowiedź TAK lub NIE we właściwym polu)

1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. należę do minimum jednej z poniższych grup:	
osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniające co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy 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 nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	
osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	
osoby z niepełnosprawnością	
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	
osoby niesamodzielne, które ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	
osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	

2. Jestem osobą niepełnosprawną:	
w stopniu lekkim	
w stopniu umiarkowanym	
w stopniu znacznym	
z niepełnosprawnością sprzężoną	
z niepełnosprawnością intelektualną	
z zaburzeniami psychicznymi	
posiadającą orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o częściowej niezdolności do pracy	
posiadającą orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy	
posiadającą orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji	
posiadającą inny dokument stwierdzający istnienie niepełnosprawności (jaki)	

3. Jestem osobą zatrudnioną w Zakładzie Aktywności Zawodowej w Zabrze	
--	--

4. Mieszkam na terenie Subregionu Zachodniego lub Subregionu Centralnego woj. śląskiego	
--	--

* art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:

Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

- 1) ubóstwa;
- 2) sieroctwa;

- 3) bezdomności;
- 4) bezrobocia;
- 5) niepełnosprawności;
- 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby;
- 7) przemocy w rodzinie;
- 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) (uchylony)
- 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;
- 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 13) alkoholizmu lub narkomanii;
- 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
- 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.

** art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj.:

Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

- 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 2) uzależnionych od alkoholu,
- 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,
- 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Ponadto oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Śląski Program Reintegracji” i akceptuję wszystkie jego postanowienia,
- spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone w w/w Regulaminie,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu do celów związanych z rekrutacją zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014r. poz. 1182 z późn. zm.),
- oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zobowiązuję się do przekazania informacji na temat swojej sytuacji po opuszczeniu projektu i udziału w badaniach ewaluacyjnych w celu określenia osiągniętych wskaźników efektywności społeczno-zatrudnieniowej.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis Kandydata/Kandydatki