Załącznik 1 Projekt „Nowa perspektywa – wsparcie osób z niepełnosprawnościami”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

 realizowany przez Stowarzyszenie Nowa Perspektywa

na podstawie Umowy nr RPPK.08.01.00-18-0069/19-00,
 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w dniu 02.07.2020 r.

Priorytet VIII. Integracja społeczna

Działanie 8.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – projekty konkursowe

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

**„Nowa perspektywa – wsparcie osób z niepełnosprawnościami”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i godzina wpływu do Biura Projektu** **(wypełnia przyjmujący)** | **Podpis osoby przyjmującej** |
|  |  |

Prosimy o wypełnianie formularza rekrutacyjnego **PISMEM DRUKOWANYM.**

Wszystkie dokumenty muszą być wypełnione kompletnie, **niebieskim** długopisem oraz czytelnie podpisane

**Do formularza niezbędne jest załączenie:**

* kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem orzeczenia o niepełnosprawności - w przypadku osób niepełnosprawnych lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia - w przypadku osób
z zaburzeniami psychicznymi;
* zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej *(jeśli dotyczy)*

FORMULARZ REKRUTACYJNY WRAZ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW NALEŻY ZŁOŻYĆ W BIURZE PROJEKTU OSOBIŚCIE LUB DROGĄ POCZTOWĄ

|  |
| --- |
| **PODSTAWOWE DANE KANDYDATA** |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Telefon kontaktowy Kandydata |  |
| e-mail |  |
| PESEL |  |
| Płeć | [ ]  Kobieta |  [ ]  Mężczyzna |
| Telefon osoby upoważnionej do kontaktu (jeśli dotyczy) |  |
| Imię i Nazwisko osoby upoważnionej (jeśli dotyczy) |  |

**ANKIETA REKRUTACYJNA DO PROJEKTU**

**„Nowa perspektywa – wsparcie osób z niepełnosprawnościami”**

|  |
| --- |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| kod pocztowy, Miejscowość |  |
| Ulica  |  |
| Numer domu / numer lokalu |   |
| **Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)** |
|  |

|  |
| --- |
| **POSIADANE ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** |

**Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:**

I. Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

[ ]  lekki stopień niepełnosprawności

[ ]  umiarkowany stopień niepełnosprawności

[ ]  znaczny stopień niepełnosprawności

II. Lekarza orzecznika ZUS/ dawne KIZ (wydane przed 1 stycznia 1998 r.):

[ ]  częściowa niezdolność do pracy/dawna III grupa inwalidzka

[ ]  całkowita niezdolność do pracy/ dawna II grupa inwalidzka

[ ]  całkowita niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji/dawna I grupa inwalidzka

III. Orzeczenie KRUS (wydane przed 1 stycznia 1998 r.):

[ ]  orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

[ ]  orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji

IV. Orzeczenia służb mundurowych (MON, MSWiA):

[ ]  orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidztwa w związku ze służbą

[ ]  orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidztwa w związku ze służbą

[ ]  orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa w związku ze służbą

V. Inne, wyżej niewymienione

[ ]  Inny dokument poświadczający stan zdrowia

Jaki ………………………………………………………………………………………………………………………………………….….

|  |  |
| --- | --- |
| **Termin ważności orzeczenia o niepełnosprawności :** |  |

|  |
| --- |
| **OPIEKA NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ** |
| Oświadczam, iż jestem osobą sprawującą opiekę nad osobą zależną | [ ]  TAK[ ]  NIE |

|  |
| --- |
| **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** |
| [ ]  plakaty[ ]  ulotki [ ]  PUP [ ]  Urząd Gminy [ ]  radio [ ]  spotkanie informacyjne[ ]  prasa[ ]  przekaz słowny (od znajomych, rodziny) [ ]  strona internetowa [ ]  inne ………………………  |

|  |
| --- |
| **Informacje uzupełniające wynikające z „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020**Beneficjent informuje, iż Kandydat może odmówić podania danych wrażliwych, tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) jednakże ze względu na treść Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 wydanych przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju w dniu 22.04.2015 znak MIiR/H 2014-2020/13(01)/04/2015 informujemy iż: w sytuacji gdy uczestnik będący osobą fizyczną lub jego opiekun prawny nie udzieli informacji na temat danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) istnieje możliwość wprowadzenia niekompletnych w ww. zakresie danych uczestnika pod warunkiem udokumentowania przez beneficjenta, iż działania w celu zebrania przedmiotowych danych zostały podjęte. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji opisanej w punkcie 5 (3.3.3 Zasady dotyczące pomiaru wskaźników w projekcie) Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020. Niemniej, IZ musi być w stanie zapewnić wystarczające dowody, że dana osoba spełnia kryteria kwalifikowalności określone dla projektu. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie. |
| **Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem:** |
| **SZCZEGÓLNA SYTUACJA KANDYDATA****(proszę zaznaczyć x** **w każdym właściwym miejscu)** |
| [ ]  **TAK** [ ]  **NIE** [ ]   **ODMAWIAM ODPOWIEDZI**  | Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |
| [ ]  **TAK** [ ]  **NIE**  | Osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| [ ]  **TAK** [ ]  **NIE** [ ]   **ODMAWIAM ODPOWIEDZI**  | Osobą z niepełnosprawnościami |
| [ ]  **TAK** [ ]  **NIE** [ ]   **ODMAWIAM ODPOWIEDZI**  | Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)[[1]](#footnote-1) |

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
|  Miejscowość, data |  Czytelny podpis Kandydata |

*Załączniki :*

1. *Oświadczenie osoby składającej formularz*
2. *Oświadczenie o spełnianiu kryteriów dostępu i kwalifikowaniu się do projektu*
3. *Oświadczenie o spełnianiu kryteriów dodatkowych*

**OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ**

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Deklaruję udział w projekcie „Nowa perspektywa – wsparcie osób z niepełnosprawnościami”.
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie, w tym dobrowolne przedłożenie kserokopii dokumentów potwierdzających moją kwalifikowalność do udziału w projekcie.
3. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie Uczestnictwa
i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zostałem poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej
z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
5. Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej o takich samych formach wsparcia.
6. Mam świadomość, że wsparcie w ramach projektu może odbywać się w miejscowości innej
od mojego miejsca zamieszkania.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby rekrutacji uczestników do projektu pt. „Nowa perspektywa – wsparcie osób z niepełnosprawnościami” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 Oświadczam, iż przyjmuje do wiadomości, że:
	1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca RPO WP
	2014-2020 - Zarząd Województwa Podkarpackiego;
	2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
	3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji,
	jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020;
	4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
	z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
	5. mam prawo dostępu do treści swoich danych i do ich poprawiania.
8. Jestem świadomy/a, iż złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
9. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym oraz załącznikach są zgodne z prawdą.
10. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
11. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.
12. Zobowiązuję się do niezwłocznego przekazania informacji o podjęciu zatrudnienia lub rozpoczęciu prowadzenia własnej działalności gospodarczej w trakcie udziału w projekcie oraz przedstawienia umowy o pracę/zlecenie/dzieło, wypisu z CEiDG wraz z dowodami zapłaty składek ZUS.
13. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących swojej sytuacji po zakończeniu udziału
w Projekcie (do 4 tygodni od zakończenie udziału):
* w zakresie zmiany statusu zatrudnienia w stosunku do sytuacji w momencie przystąpienia
do Projektu np. zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej bądź poszukującej pracy, oświadczenie o statusie osoby bezrobotnej bądź biernej zawodowo, lub:
* podjęcia zatrudnienia np. umowa o pracę, umowa zlecenie, umowa o dzieło, rozpoczęcia prowadzenia działalności gospodarczej (CEIDG),
1. Zobowiązuję się do przekazania informacji w terminie do 3 miesięcy od zakończenia udziału
w projekcie dokumentów potwierdzających swoją sytuację społeczno-zatrudnieniową w tym m.in.
do przedstawienia umowy o pracę/zlecenie/dzieło, wypisu z CEiDG wraz z dowodami zapłaty składek ZUS za 3-m-ce oraz złożenia oświadczeń potwierdzających sytuację społeczną.
2. Zobowiązuję się do przedstawienia informacji, oświadczeń i dokumentów niezbędnych
do pomiaru wskaźników rezultatu i produktu.

Dane te wprowadzane są do systemu SL2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………………………………….. |
|   |  Czytelny podpis Kandydata |

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DOSTĘPU I KWALIFIKOWANIU SIĘ DO PROJEKTU**

**Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:**

Kwalifikuję się do grupy Beneficjentów Ostatecznych projektu realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,
tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

* + - Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z powodu niepełnosprawności.
		- Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu polskiego systemu orzecznictwa
		o niepełnosprawności (w załączeniu dołączam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności) lub osobą z zaburzeniami psychicznymi (w załączeniu dołączam dokument poświadczający stan zdrowia).
		- Jestem osobą bezrobotną, w tym:

[ ]  osobą bezrobotną tj. pozostaję bez pracy, jestem gotowa/y do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia i jednocześnie jestem zarejestrowana/y w Powiatowym Urzędzie Pracy (w załączeniu dołączam zaświadczenie z PUP),

[ ]  osobą bezrobotną tj. pozostaję bez pracy, jestem gotowa/y do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia i jednocześnie nie jestem zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy;

[ ]  osobą bierną zawodowo*.*

* + - Jestem osobą w wieku aktywności zawodowej tj. w wieku zdolności do pracy (dla mężczyzn grupa wieku 18-64 lata, dla kobiet 18-59 lat)
		- Mieszkam na terenie województwa podkarpackiego.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………….. Czytelny podpis Kandydata |

|  |
| --- |
|  Miejscowość, data |

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DODATKOWYCH**

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:**

[ ]  korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)

[ ]  nie korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż posiadam wykształcenie:**

[ ]  podstawowe;

[ ]  gimnazjalne;

[ ]  ponadgimnazjalne (ukończone liceum ogólnokształcące, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa);

[ ]  pomaturalne;

[ ]  wyższe.

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:**

[ ]  NIE posiadam doświadczenia zawodowego;

[ ]  posiadam doświadczenie zawodowe;

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż jestem osobą:**

[ ]  z lekkim stopniem niepełnosprawności;

[ ]  z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności;

[ ]  ze znacznym stopniem niepełnosprawności

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż jestem osobą:**

[ ]  zamieszkującą tereny wiejskie;

[ ]  zamieszkującą tereny miejskie;

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż jestem osobą:**

[ ]  jestem osobą w wieku 50+

[ ]  nie jestem osobą w wieku 50+

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:**

[ ]  **jestem** ubezpieczona/y w KRUS i:

 [ ]  nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu w KRUS i jestem zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy

 [ ]  podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu w KRUS i nie mogę zarejestrować się jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy z tytułu: posiadania nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 2 ha przeliczeniowe lub jestem jej domownikiem podlegającym ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym z tytułu stałej pracy w gospodarstwie rolnym

[ ] **nie jestem** ubezpieczona/y w KRUS.

1. **Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż:**

[ ]  korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej

[ ]  nie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………….. | …………………………………………………………………….. |
|  Miejscowość, data |  Czytelny podpis Kandydata |

1. Osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich. [↑](#footnote-ref-1)