

Załącznik nr 1

do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie RPO WZ pn. „Aktywnie w przyszłość” realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach w latach 2016 – 2019

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pn. „Aktywnie w przyszłość”

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WZ 2014-20, działanie 7.1

1. DANE OSOBOWE				
Imię i nazwisko				
Data urodzenia		Wiek		PESEL
Wykształcenie:				
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe				

2. DANE KONTAKTOWE		Województwo: zachodniopomorskie	Powiat: gryficki		
Ulica		nr domu		nr lokalu	
Miejscowość				kod pocztowy	
Gmina		Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> obszar wiejski <input type="checkbox"/> obszar miejski		
Numer telefonu kontaktowego			E-mail		

3. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY		
<input type="checkbox"/>	Bezrobotny (osoba zarejestrowana w PUP)	w tym długotrwale bezrobotny: <input type="checkbox"/> (młodzież poniżej 25 roku życia, zarejestrowana przez okres ponad 6 miesięcy) <input type="checkbox"/> (dorośli powyżej 25 roku życia, zarejestrowane przez okres ponad 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/>	Osoba zarejestrowana w PUP jako poszukująca pracy	
<input type="checkbox"/>	Bezrobotny (osoba niezarejestrowana w PUP)	<input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotny <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/>	Bierna zawodowo (osoba bez zatrudnienia, nie zarejestrowana w PUP)	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się <input type="checkbox"/> osoba nieucząca się i niekształcąca <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/>	Zatrudniony	w tym: <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> samozatrudniony <input type="checkbox"/> administracja rządowa <input type="checkbox"/> administracja samorządowa <input type="checkbox"/> MMSp <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> miejsce zatrudnienia:

Biuro Projektu:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach
 ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice
 tel. / fax. 91 384 66 26, e-mail: rpo-pcpr@pcprgryfice.pl
 strona internetowa: www.pcprgryfice.pl

4. SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY		
<input type="checkbox"/>	Przynależność do mniejszości	<input type="checkbox"/> mniejszość narodowa <input type="checkbox"/> mniejszość etniczna <input type="checkbox"/> migrant <input type="checkbox"/> osoba obcego pochodzenia
<input type="checkbox"/>	Inne powody wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> bezdomność <input type="checkbox"/> wykluczenie z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> niepełnosprawność
<input type="checkbox"/>	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	

5. INFORMACJA O STANIE ZDROWIA I POTRZEBY DODATKOWE					
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Stopień niepełnosprawności:		
Mam problemy z poruszaniem się, lecz nie potrzebuję wózka	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Sprawuję opiekę nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną:	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Poruszam się samodzielnie na wózku	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Posiadam niepełnosprawność sprzężoną	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Chcę korzystać z opiekuna osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	Inne specjalne wymagania:		

6. STATUS RODZINNY OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O UDZIAŁ W PROJEKCIE	
<input type="checkbox"/>	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
<input type="checkbox"/>	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

7. UDZIAŁ W FORMACH WSPARCIA
W przypadku zakwalifikowania do Projektu na lata 2017 -2018, deklaruję chęć udziału w następujących formach wsparcia: (można zaznaczyć dowolną ilość form wsparcia)
<input type="checkbox"/> wsparcie doradcy ds. osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> wsparcie koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> wsparcie pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> poradnictwo psychologiczne <input type="checkbox"/> doradztwo zawodowe <input type="checkbox"/> sfinansowanie nauki na poziomie wyższym* <input type="checkbox"/> treningi kompetencji i umiejętności społecznych <input type="checkbox"/> warsztaty psycho-edukacyjne <input type="checkbox"/> uczestnictwo w zajęciach Centrum Integracji Społecznej (CIS) <input type="checkbox"/> kursy i szkolenia - proszę wymienić, jakie: Uzasadnienie wyboru ww. kursów i szkoleń:

* dotyczy wyłącznie wychowanków opuszczających pieczę zastępczą



OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, iż wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne z prawdą. Mam świadomość odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.
2. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Projekcie.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych osobowych wrażliwych, (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.), w celu realizacji procedury rekrutacji oraz umożliwienia monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu. Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach, ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice. Posiada Pan/Pani prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, stanowi jednak warunek konieczny ubiegania się o udział w Projekcie.

.....
Data, czytelny podpis uczestnika

.....
Podpis opiekuna zastępczego w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej

*w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej, wymagany jest również podpis opiekuna zastępczego.

Biuro Projektu:

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach
ul. Dworcowa 22, 72-300 Gryfice
tel. / fax. 91 384 66 26, e-mail: rpo-pcpr@pcprgryfice.pl
strona internetowa: www.pcprgryfice.pl