

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	Kraj: Polska	Rodzaj uczestnika: indywidualny		
Imię i nazwisko				
PESEL		Wiek		Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
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: (adres zamieszkania)	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		
Adres do korespondencji:	<input type="checkbox"/> taki sam jak wyżej <input type="checkbox"/> inny (jaki?).....			

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"/>	Bezrobotny (osoba niezarejestrowana w PUP)	w tym długotrwale bezrobotny: <input type="checkbox"/> (młodzież poniżej 25 roku życia, bezrobotna przez okres ponad 6 miesięcy) <input type="checkbox"/> (dorośli powyżej 25 roku życia, bezrobotna przez okres ponad 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> inne (np. poszukująca pracy: tak, nie)
<input type="checkbox"/>	Bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się <input type="checkbox"/> osoba nieucząca się i niekształcąca <input type="checkbox"/> inne (osoba bez zatrudnienia, nie zarejestrowana w PUP, poszukująca pracy: tak, nie)

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



<input type="checkbox"/>	Pracujący	w tym: <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> samozatrudniony <input type="checkbox"/> administracja rządowa <input type="checkbox"/> administracja samorządowa <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> miejsce zatrudnienia:
--------------------------	-----------	---

4. SYTUACJA SPOŁECZNA OSOBY	
Przynależność do mniejszości	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Powody wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> niepełnosprawność <input type="checkbox"/> osoba przebywająca w pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> osoba opuszczająca pieczę zastępczą
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) – 3

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 2018 -2019, deklaruję chęć udziału w następujących formach wsparcia):
<input type="checkbox"/> wsparcie pracownika socjalnego <input type="checkbox"/> poradnictwo psychologiczne <input type="checkbox"/> doradztwo zawodowe <input type="checkbox"/> wsparcie doradcy ds. osób niepełnosprawnych <input type="checkbox"/> wsparcie koordynatorów rodzinnej pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> sfinansowanie nauki na poziomie wyższym* <input type="checkbox"/> treningi kompetencji i umiejętności społecznych

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



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



- warsztaty psycho-edukacyjne
 uczestnictwo w zajęciach Centrum Integracji Społecznej (CIS)
 kursy i szkolenia - proszę wymienić, jakie:.....
.....
Uzasadnienie wyboru ww. kursów i szkoleń:.....
.....

* dotyczy wyłącznie wychowanków opuszczających pieczę zastępczą

Do formularza zgłoszeniowego dołączam następujące załączniki:

- a) deklaracja uczestnictwa w projekcie
- b) oświadczenie uczestnika projektu
- c) zaświadczenie określające sytuację na rynku pracy (osoba zarejestrowana w PUP)
- d) zaświadczenie o kontynuowaniu nauki (osoba opuszczająca pieczę zastępczą, ucząca się lub kształcąca)
- e) orzeczenie o niepełnosprawności / oświadczenie
- f) oświadczenie o pozostawianiu w pieczy zastępczej

.....
data, czytelny podpis

.....
*podpis opiekuna zastępczego w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej**

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

OŚWIADCZENIA*:

1. Wyrażam wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Gryficach z siedzibą w 72-300 Gryfice, ul. Dworcowa 22, w celach związanych z realizacją projektu pn. „Aktywnie w przyszłość”, w ramach RPO WZ 2014-2020.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie diagnozy mojego potencjału podczas rozmowy kwalifikacyjno – motywacyjnej w zakresie oferowanego wsparcia w celu dobrania odpowiednich narzędzi na późniejszym etapie.

Podstawa prawna: Art. 4 pkt 11, art. 6 ust. 1 lit. c, art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. U. L 11 z 4.5.2016).

2. Zapoznałem/ am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w/w projekcie.

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



3. Oświadczam, iż wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są zgodne z prawdą. Zostałem/ am uprzedzony/ a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż złożenie formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do uczestnictwa w Projekcie.

Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

.....
data, czytelny podpis

.....
*podpis opiekuna zastępczego w przypadku osoby pozostającej w rodzinie zastępczej**

.....
podpis i pieczęć pracownika przyjmującego oświadczenie

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