



Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)		
STATUS NA RYNKU PRACY			
Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją zawartą w <i>Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (zgodnie z regulaminem projektu) (W przypadku korzystania z pomocy społecznej prosimy o dołączenie zaświadczenia od wspomagającej instytucji)</i>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w stopniu lekkim <u>(należy dołączyć orzeczenie)</u> . <i>Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</i>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE ODMOWA PODANIA DANYCH
Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym / znacznym/osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi/osobą z niepełnosprawnością intelektualną. <u>(Zaznaczyć właściwe oraz dołączyć orzeczenie)</u> . <i>Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</i>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE ODMOWA PODANIA DANYCH
Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi <u>(należy dołączyć zaświadczenie od lekarza psychiatry)</u> . <i>Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (t. j.: Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</i>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE ODMOWA PODANIA DANYCH
Oświadczam, że jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającej pieczę zastępczą <i>Rodzinną pieczę zastępczą jest formą zapewnienia opieki dziecku pozbawionemu całkowicie lub częściowo opieki rodzicielskiej. Umieszczenie dziecka w rodzinnej pieczy zastępczej następuje co do zasady na podstawie orzeczenia sądu. Kwestie związane z funkcjonowaniem rodzinnej pieczy zastępczej reguluje ustawa z dnia 9 czerwca 2014 roku o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (t.j Dz. U. z 2017 roku, poz. 697)</i>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, iż jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości lub osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym/młodzieżowym ośrodku socjoterapii		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą <u>bezrobotną zarejestrowaną</u> w powiatowym urzędzie pracy o ustanowionym <u>III profilu pomocy</u> <u>(należy dołączyć zaświadczenie)</u> . <i>Za osobę bezrobotną rozumie się osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia.</i>		<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Lider Projektu:



Partner Projektu:





<p>Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy (należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy)</p> <p><i>Za osobę bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy rozumie się osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, która jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy (data zarejestrowania:) (należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy)</p> <p><i>Za osobę długotrwale bezrobotną rozumie się osobę, która w zależności od wieku: - Młodzież (do 25 lat) – pozostaje osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy;- Dorośli (25 lat lub więcej) pozostaje osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy</p> <p><i>Za osobę bezrobotną/niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy rozumie się osobę, pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że jestem osobą długotrwale bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy</p> <p><i>Za osobę długotrwale bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy rozumie się osobę, pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, która w zależności od wieku: - Młodzież (do 25 lat) – pozostaje osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy;- Dorośli (25 lat lub więcej) pozostaje osobą bezrobotną nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo</p> <p><i>Za osobę bierną zawodowo rozumie się osobę, która w danej chwili nie tworzy zasobów sił roboczych (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna).</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 – 2020 (należy dołączyć zaświadczenie).</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przestanki, o których mowa w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej tj:</p> <p><i>ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzebie ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzebie ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, trudności w integracji cudzoziemców, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzeń losowych i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
INNE DANE MONITORUJĄCE – PROSZĘ ZAZNACZYĆ WSZYSTKIE, KTÓRE DOTYCZĄ		
<p>Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących.</p> <p><i>Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje, tj. wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Żyję w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu.</p> <p><i>Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>Żyję w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.</p> <p><i>Osoba dorosła to osoba powyżej 18 lat.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



<p>Jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej.</p> <p><i>Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: araimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH
<p>Jestem osobą bezdomną lub jestem dotknięta/-y wykluczeniem z dostępu do mieszkań.</p> <p><i>Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do na mieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)</p> <p><i>(Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, np. jestem zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiadam wykształcenie poniżej podstawowego, byłem/am więźniem, narkomanem itp.).</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH
<p>Czy zamierza Pan/i starać się o zwrot kosztów dojazdu? (nie dotyczy osób korzystających z bezpłatnych przejazdów)</p>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<p>Czy zamierza Pan/i starać się o zwrot kosztów opieki nad osobą zależną/dzieckiem?</p>	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
<p>Szkolenie zawodowe</p>	<input type="checkbox"/> Magazynier/Magazynier z obsługą wózka widłowego <input type="checkbox"/> Operator koparko-ładowarki <input type="checkbox"/> Opiekun os. starszej, ON <input type="checkbox"/> Kadry i płace <input type="checkbox"/> Kucharz <input type="checkbox"/> Eksploatacja urządzeń elektrycznych <input type="checkbox"/> Kosztorysowanie budowlane <input type="checkbox"/> Specjalista ds. aranżacji i wykańczania wnętrz <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....		
<p>Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności:</p> <p>(jeśli dotyczy - proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie)</p>	<p>Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:</p>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
	<p>Alternatywne formy materiałów:</p>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
	<p>Specjalne wyżywienie:</p>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	
	<p>Inne (jakie?):</p>	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	



OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu „Bądź aktywny- postaw na siebie” i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.
- Zostałam/am poinformowany/a, że Projekt „Bądź aktywny- postaw na siebie” jest współfinansowany przez Unię Europejską (UE) w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) Oś Priorytetowa 9. Region Spójny Społecznie Działanie 9.1 Poddziałanie 9.1.2 Aktywna integracja- projekty konkursowe w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014 - 2020
- Zostałam/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia i sytuacji społecznej.
- Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy, podjęcia zatrudnienia lub samozatrudnienia tj.: kopii umowy o pracę/zlecenie/dzielo lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie, a w przypadku rozpoczęcia działalności gospodarczej: zaświadczenie z Urzędu Gminy/Urzędu Skarbowego/ZUS potwierdzające prowadzenie działalności za trzy pełne miesiące, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie, jak i **do 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie.**
- Zostałam/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy **do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie.**
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, testach sprawdzających poziom wiedzy, egzaminach oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „Bądź aktywny- postaw na siebie”.
- Mam świadomość, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu „Bądź aktywny- postaw na siebie” nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w nim.
- Mam świadomość, iż w ramach projektu jestem zobowiązany/a do zawarcia kontraktu równoważnego z kontraktem socjalnym (w przypadku os. bezdomnych: indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w przypadku ON - program działań indywidualnych na zasadach analogicznych jak dla kontraktu socjalnego) określającego prawa i obowiązki stron, uwzględniającego IPD oraz mającego na celu postęp Uczestnika/Uczestniczki w aktywizacji społeczno - zawodowej oraz jego pomiar.
- Mam świadomość, iż po zakończeniu projektu jestem zobowiązany do rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy (z wyjątkiem osób, które znalazły zatrudnienie).

Lider Projektu:



Partner Projektu:





- Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Fundacji Polskiej Akademii Nauk i Fundacji Centrum Rozwiązań Biznesowych stają się własnością tych podmiotów i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.).
- Oświadczam, że spełniam warunki obligatoryjne dla grupy docelowej niniejszego projektu: ***jednocześnie jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym lub ubóstwem oraz zamieszkuję na terenie woj. małopolskiego***
- Uprzedzona/ uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)

Lider Projektu:



Partner Projektu:

