Projekt „Niepełnosprawni na start” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez AMD GROUP Michał Drymajło na podstawie umowy nr …………………………………..,
 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie

w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy

Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Niepełnosprawni na start”**

Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy: Nr umowy: ………………………………………………..

Okres realizacji projektu: 01.10.2016 do 31.12.2017

|  |  |
| --- | --- |
| **Data i godzina wpływu/podpis osoby przyjmującej** |  |

Prosimy o wypełnianie ankiety **PISMEM DRUKOWANYM.**

Wszystkie dokumenty muszą być kompletnie wypełnione **niebieskim** długopisem

oraz czytelnie podpisane.

**Do formularza niezbędne jest załączenie:**

* zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy;
* oświadczenia o statusie na rynku pracy – bierność zawodowa.

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

### ANKIETA REKRUTACYJNA DO PROJEKTU

**„Niepełnosprawni na start”**

**DANE PODSTAWOWE:**

1. Nazwisko:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
2. Imiona:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……
3. Płeć: Kobieta Mężczyzna
4. Orzeczenie o niepełnosprawności:

I. Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

 a) lekki stopień niepełnosprawności 

 b) umiarkowany stopień niepełnosprawności 

 c) znaczny stopień niepełnosprawności 

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

1. częściowa niezdolność do pracy/dawna III grupa inwalidzka 
2. całkowita niezdolność do pracy/ dawna II grupa inwalidzka 
3. całkowita niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji/dawna I grupa inwalidzka 

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

1. orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym 
2. orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji 

IV. Orzeczenia służb mundurowych (MON, MSWiA):

1. orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidztwa w związku ze służbą 
2. orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidztwa w związku ze służbą 
3. orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa w związku ze służbą 

V. Ważne do:………………………………………………………….

1. Data i miejsce urodzenia: w ………………………………………………………..…
2. PESEL
3. Telefon kontaktowy : ……………………………………………………………………………………………………………………..………
4. E-mail:…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………..
5. Telefon osoby upoważnionej do kontaktu: …………………………………………………………………………………………………

**Adres zameldowania:**

Woj. ………………………………………Powiat …………………………………Poczta ……………………………… -
Miejscowość ………………………………………………Ulica …………………………………………Nr domu ……………………

**Adres zamieszkania**: (wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Woj. ………………………………………Powiat …………………………………Poczta ……………………………… -
Miejscowość ………………………………………………Ulica …………………………………………Nr domu ……………………

Opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobami zależnymi: tak nie

 **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE\***:

 plakaty ulotki PUP

 prasa spotkanie informacyjne radio

 Urząd Gminy przekaz słowny (od znajomych, rodziny) strona internetowa
 inne ………………………

*\*należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

……………………………………………………… ………………………………………………………

 Miejscowość, data Podpis

|  |
| --- |
| **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. |
| **Szczególna sytuacja kandydata****(proszę zaznaczyć x****w każdym właściwym miejscu)** |  **TAK NIE**  **ODMAWIAM ODPOWIEDZI**  | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** |
|  **TAK NIE**  | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |
|  **TAK NIE ODMAWIAM ODPOWIEDZI**  | **Osoba z niepełnosprawnościami** |
|  **TAK NIE**  | **Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** |
|  **TAK NIE**  | **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**  **ODMAWIAM ODPOWIEDZI**  | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)[1]** |

**[1] Osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich.**

**PROJEKT:**

**„Niepełnosprawni na start”**

### OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ

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

1. Deklaruję udział w projekcie „Niepełnosprawni na start”.
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego
na celu określić moje predyspozycje 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. Mam świadomość, że szkolenie może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby rekrutacji uczestników do projektu pt. „Niepełnosprawni na start” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm. 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.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
8. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
9. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
10. Zobowiązuję się po zakończeniu udziału w projekcie do przekazania informacji o mojej sytuacji zawodowej (podjęciu zatrudnienia). W przypadku umowy o pracę zobowiązuję się przedstawić umowę
o pracę/zlecenie/dzieło, wypis z CiDG.

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.

### ……………………………………………………… ………………………………………………………

 Miejscowość, data Podpis

# PROJEKT:

**„Niepełnosprawni na start”**

**OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWANIU SIĘ DO PROJEKTU**

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:**

Ja niżej podpisany/podpisana, oświadczam, że kwalifikuję się do grupy Beneficjentów Ostatecznych projektu realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy Działanie 7.1 Poprawa osób bezrobotnych na rynku pracy, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

* + - Jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu polskiego systemu orzecznictwa o niepełnosprawności;
		- Jestem w wieku powyżej 29 (ukończony 30 r.ż.);
		- Jestem osobą posiadającą status:
			* osoby bezrobotnej zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy;
			* osoby poszukującej pracy zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy;
			* osoby biernej zawodowo*\*(\*zakreślić „x” odpowiednie),*
		- Nie pozostaję w zatrudnieniu;
		- Mieszkam na terenie województwa podkarpackiego;
		- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym, mającym określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie;
		- Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej
		o takich samych formach wsparcia;
		- Jestem zdolny/a do pracy;
		- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.

…………..…………………………………

Data i podpis

# PROJEKT:

**„Niepełnosprawni na start”**

**O Ś W I A D C Z E N I E O W Y K S Z T A Ł C E N I U**

........................................

miejscowość, data

........................................................

Imię i Nazwisko

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

 podstawowe

 gimnazjalne

 ponadgimnazjalne (ukończone liceum ogólnokształcące, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa)

 pomaturalne

 wyższe

**……………………………………………..**

Podpis

*\*należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

**PROJEKT:**

**„Niepełnosprawni na start”**

**OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU**

........................................

miejscowość, data

........................................................

Imię i Nazwisko

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż\*:

 pozostaje w zatrudnieniu.

 nie pozostaje w zatrudnieniu.

*\*należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

**……………………………………………..**

 Podpis

# PROJEKT:

**„Niepełnosprawni na start”**

**O Ś W I A D C Z E N I E O M I E J S C U Z A M I E S Z K A N I A**

........................................

miejscowość, data

........................................................

Imię i Nazwisko

1. Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż zamieszkuję teren województwa podkarpackiego.
2. Ja niżej podpisana oświadczam, iż zamieszkuję : □ teren miejski □ teren wiejski województwa podkarpackiego w powiecie …………………………………………………………………………………

**……………………………………………..**

Podpis

**PROJEKT:**

**„Niepełnosprawni na start”**

**OŚWIADCZENIE O DOCHODACH na członka rodziny**

........................................

miejscowość, data

........................................................

Imię i Nazwisko

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż\*:

mój dochód na członka rodziny jest:

 wyższy niż 800 zł netto,

 niższy niż 800 zł netto.

*\*należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

**……………………………………………..**

Podpis