**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do projektu pn. „Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących” o nr RPDS.09.01.02-02-0005/17**

|  |
| --- |
| **Wypełnia Realizator Projektu:** |
| Data przyjęcia zgłoszenia |  |
| Osoba przyjmująca zgłoszenie |  |
| Sposób dostarczenia dokumentów zgłoszeniowych | * Osobiście
* Pocztą tradycyjną
* Pocztą elektroniczną
 | * Przesyłka kurierska
* Inny sposób………………………….
 |

**Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza czytelnie i drukowanymi literami**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Lp. | Nazwa | Dane uczestnika/czki projektu |
| Dane uczestnika/czki | 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Wykształcenie |  Podstawowe Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne Wyższe |
| Dane kontaktowe uczestnika/czki | 6 | Adres zamieszkania (ulica, nr budynku/lokalu) |  |
| 7 | Kod pocztowy, Miejscowość  |  |
| 8 | Adres do korespondencji (ulica, nr budynku/lokalu) wypełnić, jeśli inny niż adres zamieszkania  |  |
| 9 | Kod pocztowy, Miejscowość wypełnić, jeśli inny niż adres zamieszkania |  |
| 10 | Obszar w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego |  wiejski miejski  |
| 11 | Telefon kontaktowy |  |
| 12 | Adres e-mail |  |
| Status uczestnika/czkiw chwili przystąpienia do projektu | 13 | Status na rynku pracy  |  Bezrobotny/a |  w tym zakwalifikowany/a do III profilu pomocy  długotrwale bezrobotny/a żadne z powyższych |
|  Bierny/a zawodowo |  w tym nieuczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu w tym uczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu |
|  Zatrudniony/a  |  rolnik  samozatrudniony/a  w mikro przedsiębiorstwie  w małym  przedsiębiorstwie  w średnim  przedsiębiorstwie  w dużym  przedsiębiorstwie  w administracji  publicznej  w organizacji  pozarządowej |
|  | 14 | Wykonywany zawód |  |
| 15 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  TAK  NIE  |
|  | 16 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  TAK  NIE |
|  | 17 | Osoba z niepełnosprawnościami |  TAK  NIE |
|  | w tym:  | z powodu schorzeń narządu wzroku |  TAK  NIE |
|  | z powodu schorzeń narządu ruchu |  TAK  NIE |
|  | z powodu schorzeń narządu słuchu |  TAK  NIE |
|  | z powodu schorzeń narządu układu krążenia |  TAK  NIE |
|  | jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną |  TAK (proszę wymienić)………………………………………………………………………………………… NIE |
|  | stopień niepełnosprawności |  umiarkowany  znaczny |
|  | 18 | Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  TAK  NIE |
|  | w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  TAK  NIE |
|  | 19 | Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  TAK  NIE |
| 20 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) |  TAK (proszę wymienić)…………………………………………….……………………………………………. NIE |
|  |

**Ja, niżej podpisany, niniejszym oświadczam, że:**

1. wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących” realizowanym przez Dolnośląski Wojewódzki Urząd Pracy;
2. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, tekst jednolity z dnia 26.06.2014 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 1182) dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia rekrutacji w ramach Projektu „Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących”.
3. spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących”;
4. nie korzystam z tego samego zakresu wsparcia w innym projekcie realizowanym
w ramach RPO WD 2014-2020;
5. dane zawarte w Deklaracji uczestnictwa w projekcie „Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących” są zgodne z prawdą.
6. zostałem/łam poinformowany/na o ty, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

**POUCZENIE:**

Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń
niezgodnych z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko uczestnika/czki projektu (czytelnie)  |  |
| Podpis \* |  |
| Data, Miejscowość  |  |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 1 do Formularza zgłoszeniowego****Oświadczenie o miejscu zamieszkania**\*Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana ......................................................................(nazwisko i imię)Zamieszkuję pod wskazanym poniżej adresem:Ulica ........................................................................... nr domu ..................... nr lokalu .......... miejscowość ................................................. kod pocztowy .........................gmina………………………………………………, powiat…………………………………………………województwo……………………………………………………………………………………….**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis** \* Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu (art. 25 Kodeksu Cywilnego).  |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 2 do Formularza zgłoszeniowego****Oświadczenie o braku aktywności zawodowej**Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana ............................................................(nazwisko i imię)Jestem osobą **nieaktywną zawodowo*** TAK
* NIE

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis**  |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 3 do Formularza zgłoszeniowego****Oświadczenie o posiadaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności**\*Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .......................................................................(nazwisko i imię)Posiadam aktualne orzeczenie o:* Znacznym stopniu niepełnosprawności, I grupa inwalidzka
* Umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, II grupa inwalidzka
* Lekkim stopniu niepełnosprawności, III grupa inwalidzka

Orzeczenie dotyczące niepełnosprawności zostało wydane ze względu na niepełnosprawność narządu wzroku* TAK
* NIE

Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną* TAK (jaką? ………………………………………………………………………………………………………….
* NIE

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis** * Stopień niepełnosprawności według Ustawy z dnia 27.08.1997 r. **o rehabilitacji** zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych
 |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 4 do Formularza zgłoszeniowego****Oświadczenie o korzystaniu z pomocy udzielanej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 – 2020**Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana .......................................................................(nazwisko i imię)* **Nie korzystam** z pomocy udzielanej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 – 2020
* **Korzystam** z pomocy udzielanej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014 – 2020

Ponadto oświadczam, iż zakres uzyskanego wsparcia w ramach projektu „Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących” nie będzie powielał działań, które ja lub moja rodzina otrzymała lub otrzymuje z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis**  |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 5 do Formularza zgłoszeniowego****Oświadczenie o poziomie wykształcenia**Oświadczam, że ja niżej podpisany/podpisana ......................................................................(nazwisko i imię)**Posiadam wykształcenie na poziomie:*** **Brak** (brak formalnego wykształcenia)
* **Podstawowym** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
* **Gimnazjalnym** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)
* **Ponadgimnazjalnym** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)
* **Policealnym** (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest kształceniem wyższym)
* **Wyższym licencjackim** (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)
* **Wyższym magisterskim** (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)
* **Wyższym doktoranckim** (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)

**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis**  |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 6 do Formularza zgłoszeniowego****Oświadczenie o wysokości dochodów**Ja, niżej podpisany / podpisana oświadczam, że .....................................................................(nazwisko i imię)1. Razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostaje ............................................... osób. (wpisać liczbę osób)2. Przeciętny miesięczny dochód netto \*członka mojej rodziny wynosi …………………………………………….zł**Oświadczam, że przedłożone przeze mnie powyższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadoma/świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis** * Należy obliczyć wysokość przeciętnego miesięcznego dochodu członka rodziny osiągniętego wkwartale poprzedzającym kwartał, w którym zgłaszana jest chęć wzięcia udziału w Projekcie.
 |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 7 do Formularza zgłoszeniowego****Deklaracja Uczestnictwa w Projekcie**Ja, niżej podpisany/podpisana ................................................................................................(nazwisko i imię)Deklaruję udział w Projekcie pn. **„Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących”,** realizowanym na terenie województwa dolnośląskiego przez Polski Związek Niewidomych Okręg Dolnośląski w partnerstwie z Fundacją Ari Ari, dofinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 9 Włączenie społeczne, Działanie 9.1 Aktywna Integracja. 1. Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam się z **Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**
2. Oświadczam, że spełniam kryteria rekrutacyjne uprawniające mnie do uczestnictwa w Projekcie., o których mowa w **Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.**
3. Zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, do których zostałam / zostałem zakwalifikowana / zakwalifikowany.
4. Zobowiązuję się do każdorazowego pisemnego potwierdzania swojej obecności na indywidualnych i grupowych zajęciach, do których zostałem / zostałam zakwalifikowany / zakwalifikowana, udziału w badaniach ewaluacyjnych w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
5. Zobowiązuję się do zawarcia Kontraktu Socjalnego (lub umowy równoważnej) z Realizatorem Projektu.
6. Oświadczam, że zostałem / zostałam poinformowany / poinformowana o tym, że Projekt został dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego.
7. Oświadczam, że zostałem / zostałam pouczony / pouczona o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis**  |

|  |
| --- |
| **Załącznik numer 8 do Formularza zgłoszeniowego****Zgoda Uczestnika Projektu na przetwarzanie wizerunku**Ja, niżej podpisana/podpisany udzielam zgody:**Polskiemu Związkowi Niewidomych Okręg Dolnośląski** z siedzibą we Wrocławiu przy ulicy Grunwaldzkiej 12B, kod pocztowy 50-355 Wrocław, pełniącemu rolę Lidera Projektu, **Fundacji Ari Ari** z siedzibą w Bydgoszczy przy ulicy Tadeusza Boya-Żeleńskiego 6/77, kod pocztowy 85 - 858, pełniącej rolę Partnera, do nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego, wykorzystywania: zdjęć z moim wizerunkiem, nagrań, wypowiedzi bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, nagrań, wypowiedzi za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Lidera Projektu i Partnera działalnością i celami Projektu: „Wiedza i umiejętności pewnym krokiem do zatrudnienia – wsparcie potencjału społeczno-zawodowego oraz integracja osób niewidomych i słabowidzących”, jednocześnie zrzekam się wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych) w tym o wynagrodzenie z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku, nagrań, wypowiedzi na potrzeby jak w oświadczeniu. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **Data Czytelny podpis**  |