**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/czki  w 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 w kwartale 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** |