

## 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	<input type="checkbox"/> Osobiście <input type="checkbox"/> Poczta tradycyjną <input type="checkbox"/> Poczta elektroniczną	<input type="checkbox"/> Przesyłka kurierska <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne

			<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
	11	Telefon kontaktowy	
	12	Adres e-mail	
Status uczestnika/czki w chwili przystąpienia	13	Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> Bezrobotny/a <input type="checkbox"/> w tym zakwalifikowany/a do III profilu pomocy <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotny/a <input type="checkbox"/> żadne z powyższych

do projektu			<input type="checkbox"/> Bierny/a zawodowo	<input type="checkbox"/> w tym nieuczestniczący/a w kształceniu lub w szkoleniu
			<input type="checkbox"/> Zatrudniony/a	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> samozatrudniony/a <input type="checkbox"/> w mikro przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w administracji publicznej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej
	14	Wykonywany zawód		
	15	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	16	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	17	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
		w tym:	z powodu schorzeń narządu wzroku	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

		z powodu schorzeń narządu ruchu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		z powodu schorzeń narządu słuchu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		z powodu schorzeń narządu układu krążenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> TAK (proszę wymienić) ..... ..... <input type="checkbox"/> NIE
		stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
	18	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	19	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	20	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK (proszę wymienić) ..... ..... <input type="checkbox"/> 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 tym, 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 .....

miejsowość ..... 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 potwierdzenia 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 Związкови 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**