



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne

Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne

Projekt pt.: „Aktywny Senior w Gminie Konopnica” nr projektu: RPLU.11.02.00-06-0122/20 realizowany przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Konopnicy w partnerstwie z Fundacją Rozwoju Inicjatyw Obywatelskich w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa 11 Włączenie społeczne Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne

Dane Kandydata do udziału w projekcie		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	PESEL	_____
4	Płeć (zaznaczyć właściwe „x”)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5	Wykształcenie (należy postawić krzyżyk przy właściwym)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (Średnie zawodowe, Średnie ogólne, <input type="checkbox"/> Zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe (licencjat, magister, doktorat)
6	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Dane kontaktowe		
Województwo		
Powiat		
Gmina		

<b>Miejscowość</b>			
<b>Ulica</b>			
<b>Nr budynku/Nr lokalu</b>			
<b>Kod pocztowy</b>			
<b>Telefon stacjonarny i /lub telefon komórkowy (pole obowiązkowe)</b>			
<b>Adres e-mail</b>			
<b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>			
<b><u>Oświadczam, że:</u></b>			
<b>1</b>	<b>Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy<sup>1</sup></b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	w tym osobą długotrwale bezrobotną tj. pozostającą bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 m-cy.	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
<b>2</b>	<b>Jestem osobą bezrobotną nie zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	w tym osobą długotrwale bezrobotną tj. pozostającą bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 m-cy.	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
<b>3</b>	<b>Jestem osobą bierną zawodowo<sup>2</sup></b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	w tym osobą uczącą się	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	w tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
<b>4</b>	<b>Jestem osobą pracującą</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	<b>w tym</b>	<b>Wykonywany zawód (jeśli dotyczy)</b>	
	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<b>Miejsce zatrudnienia (jeśli dotyczy):</b>	

<sup>1</sup> **Osoba bezrobotna** tj. pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia.

<sup>2</sup> **Osoba bierna zawodowo** - osoba która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby biernie zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za biernie zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny) nie są uznawane za biernie zawodowo.

	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne		
<b>Status uczestnika - dodatkowe informacje</b>			
<b>Oświadczam, że:</b>			
<b>1</b>	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
<b>2</b>	Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<b>3</b>	Osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	W tym:	<input type="checkbox"/> lekki stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> umiarkowany stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> znaczny stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona / niepełnosprawność intelektualna / osoba z zaburzeniami psychicznymi	
<b>4</b>	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
<b>Kryteria premiujące dla uczestnika projektu</b>			
Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 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		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych)		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoby z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020- zakres wsparcia tych osób lub rodzin w ramach projektu nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

<b>PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ</b>	
<b>Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu Wytocznych 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 jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytocznych 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</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Osoby mieszkające na obszarze objętym aktualnym programem rewitalizacji</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<b>VI Zainteresowanie świadczonymi usługami w ramach projektu</b>	
<b>Rozwój środowiskowych form pomocy i samopomocy, w tym rozwój i upowszechnienie wsparcia środowiskowego</b>	<input type="checkbox"/> Warsztaty uwagi i koncentracji / trening pamięci <input type="checkbox"/> Warsztaty kulinarne <input type="checkbox"/> Warsztaty informatyczne <input type="checkbox"/> Warsztaty z rękodzieła <input type="checkbox"/> Warsztaty „Zdrowy styl życia” <input type="checkbox"/> Warsztaty z zakresu pierwszej pomocy <input type="checkbox"/> Warsztaty muzyczne <input type="checkbox"/> Warsztaty z pielęgnacji i wizerunku <input type="checkbox"/> Wyjazd do teatru do Warszawy <input type="checkbox"/> Wyjazd edukacyjno-integracyjny <input type="checkbox"/> Imprezy okolicznościowe (np. Dzień Seniora, Wigilnia, spotkanie Wielkanocne, Andrzejkki) <input type="checkbox"/> Spotkania z Animatorem w Klubie Seniora

<b>Identyfikacja specjalnych potrzeb osób niepełnosprawnych</b>	
<input type="checkbox"/> dotyczy <input type="checkbox"/> nie dotyczy	
Czy zgłasza Pan/i specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?	

<b>Oświadczenia</b>
Ja, niżej Podpisany/a, oświadczam, że:

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.
2. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt „Aktywny Senior w Gminie Konopnica” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.
3. Oświadczam, że świadoma odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 (podanie nieprawdy lub zatajenie nieprawdy) ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, ze zm.) zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłam karana za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne.
4. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie i zgodnie z wymogami jestem uprawniona/-y do uczestnictwa w nim oraz akceptuję warunki Regulaminu.
5. Zobowiązuję się do przekazania Realizatorowi Projektu informacji o mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, potrzebnych do monitorowania wskaźników rezultatu dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
<p><b>Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.</b></p> <p>.....</p> <p>(miejsowość, data)</p> <p>.....</p> <p>( podpis kandydata do projektu )</p>

### Ocena kwalifikowalności uczestnictwa w Projekcie

Kandydat spełnia kryteria uczestnictwa w Projekcie.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny oraz kierownika projektu		
Uwagi:		