



## FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi, pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak **X** przy wybranej pozycji.

<b>Nr projektu grantowego</b>	1/2018/KM		
<b>Nazwa projektu grantowego</b>	„Prowadzenie działań aktywizacyjnych dla dzieci zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz ich otoczenia z terenu Miasta i Gminy Chodecz w ramach Klubu Młodzieżowego”		
<b>Nazwa grantobiorcy</b>	Miasto i Gmina Chodecz		
<b>Okres realizacji projektu objętego grantem</b>	<b>OD:</b>	01.04.2019 r.	<b>DO:</b> 31.08.2019 r.

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL			
Płeć	KOBIETA <input type="checkbox"/>	MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/>	
Adres zamieszkania <sup>1</sup>			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu (jeśli dotyczy)	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon: stacjonarny/komórkowy			
Adres e-mail			
Wykształcenie	Brak wykształcenia	<input type="checkbox"/>	

<sup>1</sup> Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



	Podstawowe		<input type="checkbox"/>			
	Gimnazjalne		<input type="checkbox"/>			
	Ponadgimnazjalne	Liceum	<input type="checkbox"/>			
		Technikum	<input type="checkbox"/>			
		Szkoła Zawodowa/szkoła branżowa	<input type="checkbox"/>			
	Policealne		<input type="checkbox"/>			
	Wyższe		<input type="checkbox"/>			
<b>Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b>	Bezrobotny	STATUS		TAK		
		Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędu pracy		<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotny <input type="checkbox"/> Inne		
		Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędu pracy		<input type="checkbox"/>		
	Osoba bierna zawodowo	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/>		
		Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/>		
		inna		<input type="checkbox"/>		
	Osoba pracująca		Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
	Miejsce zatrudnienia	Osoba pracująca w administracji rządowej		<input type="checkbox"/>		
		Osoba pracująca w administracji samorządowej		<input type="checkbox"/>		
		Osoba pracująca w MMŚP (Małe, Mikro, Średnie Przedsiębiorstwo)		<input type="checkbox"/>		
		Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/>		
		Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		<input type="checkbox"/>		
		Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		<input type="checkbox"/>		
		Inne		<input type="checkbox"/>		
	Wykonywany zawód	instruktor praktycznej nauki zawodu		<input type="checkbox"/>		
		nauczyciel kształcenia ogólnego		<input type="checkbox"/>		
		nauczyciel wychowania przedszkolnego		<input type="checkbox"/>		
		nauczyciel kształcenia zawodowego		<input type="checkbox"/>		
		pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		<input type="checkbox"/>		
		kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		<input type="checkbox"/>		



		pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/>	
		pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/>	
		pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>	
		pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/>	
		pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/>	
		rolnik	<input type="checkbox"/>	
		Inny wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> .....	
<b>STATUS</b>				
<b>Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	Szczególna sytuacja uczestnika projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <i>(brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba z niepełnosprawnościami <i>(brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <i>(brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Przynależność uczestnika do grupy docelowej</b>	Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<b>GRUPA DOCELOWA</b>	<b>TAK</b>	
		Osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające, co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	
		Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/>	
		Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>	
		Osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	<input type="checkbox"/>	



		Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/>
		Osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;	<input type="checkbox"/>
		Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/>
		Osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy	<input type="checkbox"/>
		osoby niesamodzielne	<input type="checkbox"/>
		Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>
		Osoby korzystające z PO Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>
<b>Przynależność uczestnika do grupy docelowej</b>	Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	Osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/>
		Osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>
		Osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego	<input type="checkbox"/>
<b>Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych</b>	W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności, prosimy o podanie takiej informacji podczas zgłoszenia, celem odpowiedniego przygotowania miejsca spotkania. .....		
<b>ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH STATUS UCZESTNIKA/PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY:</b>			
Załączam niniejsze dokumenty:			<input type="checkbox"/>



Lp.	Nazwa dokumentu	TAK	Data dokumentu
1	Oświadczenie uczestnika projektu o miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>	
2	Zaświadczenie z MGOPS o korzystaniu z pomocy społecznej przez rodzinę uczestnika projektu	<input type="checkbox"/>	
3	Zaświadczenie opiekuna o przebywaniu uczestnika projektu w pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>	
4	Orzeczenie o niepełnosprawności lub kserokopia legitymacji osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>	
5	Zaświadczenie z PUP o statusie bezrobotnego w przypadku rodziców (opiekunów) uczestnika projektu	<input type="checkbox"/>	
6	Kopia aktu urodzenia lub legitymacji szkolnej	<input type="checkbox"/>	
7		<input type="checkbox"/>	
8		<input type="checkbox"/>	
<b>OŚWIADCZENIA :</b>			
<input type="checkbox"/> Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137) <b><i>oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu objętego grantem w ramach Projektu grantowego LGD „Projekty grantowe Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Dorzecza Zgłowiączki w ramach osi 11”</i></b>			
<input type="checkbox"/> Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym; znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137)			
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/ła w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem			
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w <i>Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem.</i>			
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie uczestniczyłem/am wcześniej w żadnym innym projekcie objętym grantem w ramach projektu grantowego LGD.			
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z otoczenia grupy docelowej (tj. dziecka zagrożonego ubóstwem lub wykluczeniem społecznym).			

.....  
Miejscowość i Data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego



DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: .....

DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: .....