

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

na szkolenie w ramach projektu

„Chcemy pracować! – projekt aktywizacji zawodowej osób niepełnosprawnych” nr projektu RPWP.07.01.02-30-0051/15 współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**Data i godzina wpływu formularza:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1. Imię (imiona) i nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **2. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3. Data urodzenia** | |  |
| **3. Miejsce urodzenia** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **4. Płeć** |  Kobieta  Mężczyzna | | | | | | | | | | | **6. Wiek** | **.................……………… lat** | |
| **5. Adres zamieszkania** | Województwo: | | | | | | | | | | | | | |
| Powiat: | | | | | | | | | | | | | |
| Gmina: | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość: | | | | | | | | | | | | | |
| Obszar:  Miasto  Wieś | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica: nr budynku: nr lokalu: | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy: | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Telefon kontaktowy** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **7. E-mail** |  | | | | | | | | | | | | | |
| **8. Wykształcenie** |  Brak (brak formalnego wykształcenia) | | | | | | | | | | | | | |
|  Podstawowe | | | | | | | | | | | | | |
|  Gimnazjalne | | | | | | | | | | | | | |
|  Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) | | | | | | | | | | | | | |
|  Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie **nie jest wykształceniem wyższym**) | | | | | | | | | | | | | |
|  Wyższe | | | | | | | | | | | | | |
|  W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym | | | | | | | | | | | | | |
| **9. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |  osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy (osoby pozostające bez pracy, gotowe do jej podjęcia i aktywnie poszukujące pracy, jednak nie zarejestrowane w urzędzie pracy) | | | | | | | | | | | | | |
|  osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, W tym długotrwale bezrobotna: | | | | | | | | | | | | | |

Fundacja Partycypacji Społecznej

ul. Sportowa 24a

89-310 Łobżenica e-mail: [biuro@fundacja-spoleczna.pl](mailto:biuro@fundacja-spoleczna.pl) [www.fundacja-spoleczna.pl](http://www.fundacja-spoleczna.pl/)

|  |  |
| --- | --- |
|  | TAK  NIE  Oświadczam, że jestem zakwalifikowany/a do III profilu pomocy:  TAK  NIE |
|  osoba bierna zawodowo, w tym:   oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy   oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy |
| **10. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia   ODMOWA PODANIA DANYCH TAK  NIE  osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań   TAK  NIE  osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących   TAK  NIE  w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu   TAK  NIE  osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci   TAK  NIE  Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa   TAK  NIE  osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione wyżej)   TAK  NIE |
| **11. Oświadczenia Uczestnika** | **Oświadczam, że jestem:**   osobą nieuczestniczącą w kształceniu formalnym w trybie stacjonarnym,   osobą nieszkolącą się (osoby nieuczestniczące w pozaszkolnych zajęciach mających na celu uzyskanie, uzupełnienie lub doskonalenie umiejętności i kwalifikacji zawodowych lub ogólnych, potrzebnych do wykonywania pracy,  **Oświadczam, że jestem:**   osobą z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności   osobą z orzeczonym lekkim sprzężonym stopniem niepełnosprawności   osobą z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności   osobą z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności  **Typ niepełnosprawności:**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  **Oświadczam, że jestem** osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej   TAK  NIE  **Oświadczam, że jestem** osobą/członkiem z rodziny spełniającej/ą przesłankę ubóstwa, tj. osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie  z powodu więcej niż jednej przesłanki, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020   TAK  NIE |
| **12. Oświadczenie** | Wyrażam zgodę na wprowadzenie do bazy danych i przetwarzanie moich danych osobowych obecnie i w przyszłości przez Fundację Partycypacji Społecznej oraz organy administracji rządowej oraz samorządowej lub upoważnione przez nie instytucje (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami) – w celach związanych z realizacją, monitoringiem, kontrolą i ewaluacją projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa.  Oświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i Regulamin warunków uczestnictwa |

|  |  |
| --- | --- |
| **13. Data i miejsce sporządzenia formularza** |  |
| **14. Podpis Uczestnika** |  |
| **15. Poziom przyznanego wsparcia** |  indywidualne wsparcie doradczo - szkoleniowe   warsztaty grupowe z doradcą zawodowym i psychologiem   odbycie szkoleń/kursów   staż zawodowy |
| **16. Data rozpoczęcia udziału w projekcie** (n*ależy*  *wpisać datę podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie)* | ......................................................................................... |
| **17. Data zakończenia udziału w projekcie** (n*ależy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)* | ......................................................................................... |
| **18. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** |  Tak  Nie |
| **19. Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia** (n*ależy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)* |  Podjęcie zatrudnienia   Podjęcie nauki   Inne |