**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł Projektu | **„Zmotywowani!”** |
| Numer Projektu | **RPLU.11.01.00-06-0085/19** |
| Nazwa Programu Operacyjnego | **Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020** |
| Numer i nazwa Osi Priorytetowej | **11 Włączenie społeczne** |
| Numer i nazwa Działania | **11.1 Aktywne włączenie** |
| Beneficjent | **Gmina Łopiennik Górny/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Łopienniku Górnym** |

PROSIMY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE **DRUKOWANYMI LITERAMI** WSZYSTKIE PONIŻSZE POLA

**DANE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACJE OGÓLNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię |  | | | | | | | | | | | | Nazwisko | |  | | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | | | | | | | | | Płeć **(Zaznaczyć właściwe „X”)** | | * kobieta * mężczyzna | | | | | |
| PESEL |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | |  | | | | |
| **WYKSZTAŁCENIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Zaznaczyć właściwe**  **„X”** |
| **Niższe niż podstawowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Podstawowe** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Gimnazjalne** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Ponadgimnazjalne (średnie zawodowe, średnie ogólne, zasadnicze zawodowe)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Policealne** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Wyższe (pierwszego stopnia-licencjat, drugiego stopnia- magister, studia podyplomowe, trzeciego stopnia-doktoranckie)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | | Nr domu |  | | | Nr lokalu | |  | |
| Kod pocztowy |  | | | | | | | | | | | | Miejscowość | | | |  | | | |
| Poczta |  | | | | | | | | | | | | Gmina | | | |  | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | | Województwo | | | |  | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy **(pole obowiązkowe)** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **AKTUALNY STATUS KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| **Zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi oraz wpisać we wskazanym miejscu** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **TAK** | | **NIE** |
| 1. **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| w tym osobą długotrwale bezrobotną tj. pozostaję bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 m-cy. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Jestem osobą bezrobotną nie zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| w tym osobą długotrwale bezrobotną tj. pozostaję bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres powyżej 12 m-cy. | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Jestem osobą bierną zawodowo** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| w tym osobą uczącą się | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 1. **Wykonywany zawód** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| **Wykonywany zawód:** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SYTUACJA OSOBY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | |  |
| **Zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi** | **TAK** | **NIE** |
| 1. **Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczone społecznie w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o której mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014 -2020** |  |  |
| 1. **Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad OzN, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad OzN** |  |  |
| 1. **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** |  |  |
| 1. **Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** |  |  |
| 1. **Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych)** |  |  |
| 1. **Osoby lub rodziny korzystające z POPŻ 2014-2020 - zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin w ramach projektu nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z POPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | |
| **Zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi** | **TAK** | **NIE** | **ODMOWA** |
| 1. **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (dane wrażliwe)** |  |  |  |
| 1. **Osoba z niepełnosprawnościami - należy dołączyć** **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia jeżeli dotyczy (dane wrażliwe)** |  |  |  |
| 1. **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** |  |  |  |
| 1. **Osoba znajdująca się w innej niekorzystnej sytuacji społecznej np. jest zagrożony/a wykluczeniem społecznym, posiada wykształcenie poniżej podstawowego, była więźniem itp. (dane wrażliwe)** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTYFIKACJA SPECJALNYCH POTRZEB OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** | |
| **Zaznaczyć poprzez podkreślenie właściwej odpowiedzi (dotyczy/nie dotyczy) oraz wpisać we wskazanym miejscu** | |
| **DOTYCZY** | **NIE DOTYCZY** |
| Czy zgłasza Pan/i specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie? |  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| 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. |
| 1. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt „Zmotywowani!” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020. |
| 1. 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 (Dz. U. z 1997 r., Nr 88, poz. 553 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. |
| 1. 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. |
| 1. 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. |
| 1. Zobowiązuję się do przekazania Realizatorowi Projektu w terminie do 3 m-cy od dnia zakończenia udziału w projekcie informacji dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej (kopia umowy o pracę, umowy cywilno-prawnej, zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu, dokumenty potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej przez co najmniej trzy miesiące, dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenie społeczne przez co najmniej trzy miesiące prowadzenia działalności gospodarczej). |
| 1. Zobowiązuję się do udzielania informacji i wypełnienia ankiet na temat moich losów zawodowych w trakcie trwania oraz po upływie 3 miesięcy od zakończenia realizacji Projektu. Dane te będą wykorzystane do sporządzenia sprawozdania realizacji usługi oraz do oceny rzeczywistych procesów zachodzących na rynku pracy. |
| **Uprzedzony/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.**  ………………………………………………………………………… …….…………………………………………………………………………  (miejscowość, data) ( podpis kandydata do projektu ) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OCENA KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (WYPEŁNIA BENEFICJENT)** | | | |
| **Zaznaczyć właściwe poprzez postawienie znaku „X” przy wybranej odpowiedzi** | **TAK** | **NIE** | **ODMOWA** |
| Kompletność i poprawność formalna złożonych dokumentów rekrutacyjnych |  |  |  |
| Kandydat zamieszkuje na terenie objętym obszarem rewitalizacji w Gminie Łopiennik Górny |  |  |  |
| Kandydat spełnia wstępne kryteria uczestnictwa w Projekcie |  |  |  |
| Data oraz czytelny podpis osoby weryfikującej formularz rekrutacyjny |  | | |