



FORMULARZ REKRUTACYJNY

Wypełnia Beneficjent Projektu:

BENEFICJENT	NESTOR GROUP BARTOSZ BERKOWSKI
TYTUŁ PROJEKTU	<i>Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji</i>
NR PROJEKTU	<i>FEDS.09.01-IP.02-0010/23</i>
WPŁYNEŁO DNIA	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	

Wypełnia Uczestnik/Uczestniczka:

I. DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL FORMULARZA CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)						
IMIĘ (IMIONA)						
NAZWISKO						
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA				
PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
(Proszę o wpisanie nr pesel jedna cyfra w jednym kwadracie)						
DATA URODZENIA						
MIEJSCE URODZENIA						
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
WYKSZTAŁCENIE (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED0)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED1)	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED2)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3)	<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED4)	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED5)



II. DANE KONTAKTOWE

ADRES ZAMIESZKANIA¹

WOJEWÓDZTWO	DOLNOŚLĄSKIE		
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL			

ADRES DO KORESPONDENCJI

(NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)

ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ			
KOD POCZTOWY			

¹ Według wykładni Kodeksu cywilnego. W projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby zamieszkujące w rozumieniu KC obszar subregionu wałbrzyskiego objęty wsparciem FST.



III. STATUS NA RYNKU PRACY		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNI KWADRAT TAK/NIE)		
Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie pracuje, nie jest zarejestrowana w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy ² .	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

IV. STATUS SPOŁECZNY			
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:			
(Proszę zaznaczyć kwadraty w jednej z pozycji 1 – 5)			
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	Osoba z niepełnosprawnościami³.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Specjalne potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak (krótki opis) <input type="checkbox"/> Nie	
4.	Status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu⁴.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	Status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

² Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

³ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

⁴ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.



V. KRYTERIA		
KRYTERIA DOSTĘPU		
OŚWIADCZAM, IŻ NALEŻĘ DO NASTĘPUJĄCYCH GRUP OSÓB:		
Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba zamieszkująca jedną z powiatów woj. dolnośląskiego:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
świdnicki	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
dzierzoniowski	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
kłodzki	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
wałbrzyski	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
m. Wałbrzych	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
ząbkowicki	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba bierna:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
KRYTERIA PREMIUJĄCE:		
OŚWIADCZAM, IŻ NALEŻĘ DO NASTĘPUJĄCYCH GRUP OSÓB:		
Kobieta:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, dośw. wielokrotnego wykluczenia społecznego.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba powyżej 50 roku życia:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
PIERWSZEŃSTWO W PROJEKCIE:		
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego



Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Nie uczestniczę i nie będę uczestniczyć w innym projekcie w ramach Priorytetu nr 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku Działania nr 9.1 Transformacja społeczna Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 współfinansowanego ze środków Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji, ani projektach podobnych mogących skutkować podwójnym finansowaniem otrzymywanego wsparcia. Nie mam dostępu do świadczeń gwarantowanych.
2. Podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza zgłoszeniowe są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz z załącznikami do ww. regulaminu i w pełni akceptuję jego warunki.

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na*:

- wiek,
- stan zdrowia
- niepełnosprawność

i wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego
**proszę zaznaczyć właściwe*

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW OBLIGATORYJNYCH UDZIAŁU W PROJEKCIE

Oświadczam, że spełniam kryteria obligatoryjne udziału w projekcie pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” tzn:

1. Jestem osobą mieszkającą na obszarze **subregionu wałbrzyskiego** objętego wsparciem FST w którego skład wchodzi powiaty: dzierżoniowski, ząbkowicki, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski, miasto Wałbrzych).
2. Jestem osobą **zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**.
3. Jestem osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
4. Jestem osobą bierną zawodowo.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis (opiekuna)



OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z Regulaminem Rekrutacji do projektu pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” współfinansowany ze środków Funduszu Europejskiego dla Dolnego Śląska na lata 2021-2027, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

WNIOSEK OSOBY NIESAMODZIELNEJ O OBJĘCIU PROJEKTEM OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Ja niżej podpisany/-a, wnioskuję o udział w projekcie pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” mojego opiekuna faktycznego Pana/Pani:

.....

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU

W związku z udziałem w projekcie pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” współfinansowany ze środków Funduszu Europejskiego dla Dolnego Śląska na lata 2021-2027, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji, wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z promocją projektu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą być zamieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie jest dobrowolne.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna Faktycznego

Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

Ja niżej podpisany/-a oświadczam zgodność oświadczenia danych osobowych ze stanem faktycznym na podstawie przedstawionego dowodu osobistego, w tym zgodność nr pesel:

.....

Potwierdzono z dokumentem tożsamości.

.....

Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**