Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
do projektu ,,W Kierunku Zmian”**

**WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU:**

numer identyfikacyjny formularza: ……………………………………..

data i godzina wpływu: ………………………………………………….

podpis osoby przyjmującej dokumenty: ……………………………….

**WYPEŁNIA KANDYDAT NA UCZESTNIKA PROJEKTU:**

Formularz należy wypełnić drukowanymi literami, a odpowiednie pola zaznaczyć znakiem „X”

|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje**  | **Dane do wpisania / zaznaczenia** |
| **Imię**  |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** (w przypadku braku nr PESEL proszę podać inny identyfikator) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| **Data urodzenia** |  |
| **Płeć** | [ ]  kobieta [ ]  mężczyzna |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Wykształcenie**  | [ ]  **brak** (brak formalnego wykształcenia) - ISCED 0[ ]  **podstawowe** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) - ISCED 1[ ]  **gimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) - ISCED 2[ ]  **ponadgimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) - ISCED 3[ ]  **policealne** (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) - ISCED 4[ ]  **wyższe** (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich) - ISCED 5 |
| **Adres zamieszkania** |
| **Ulica** |  |
| **Numer budynku** |  |
| **Numer lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| **Adres korespondencyjny**(jeżeli inny niż adres zamieszkania) |
| **Ulica** |  |
| **Numer budynku** |  |
| **Numer lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Dane kontaktowe** |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczenie o spełnieniu kryteriów grupy docelowej projektu**(zaznaczyć wszystkie które dotyczą) | **Odpowiedzi** |
| **Kryteria formalne** |
| Jestem osobą powyżej osiemnastego roku życia | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą zamieszkującą, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie **województwa śląskiego – subregion centralny** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą z niepełnosprawnościami lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (m.in. osoby wymienione w ustawie o zatrudnieniu socjalnym) | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| Oświadczam, że jestem **osobą bezrobotną zarejestrowaną** w ewidencji urzędów pracy.*(należy dołączyć aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy lub zaświadczenie z ZUS lub potwierdzenie braku ubezpieczenia wygenerowane z PUE ZUS)*Za osobę bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy uznaje się osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. Definicja ta uwzględnia wszystkie osoby zarejestrowane jako bezrobotne zgodnie z krajową definicją, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów wskazanych wyżej. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również traktowane jako osoby bezrobotne. Osoby aktywnie poszukujące zatrudnienia to osoby zarejestrowane w urzędzie pracy jako bezrobotne lub poszukujące pracy lub niezarejestrowane, lecz spełniające powyższe przesłanki, tj. gotowość do podjęcia pracy i aktywne poszukiwanie zatrudnienia.  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą **długotrwale bezrobotną zarejestrowaną** w ewidencji urzędów pracy.*(należy dołączyć aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy lub zaświadczenie z ZUS lub potwierdzenie braku ubezpieczenia wygenerowane z PUE ZUS)*Za osobę długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy uznaje się bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu przygotowania zawodowego dorosłych. | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą **bierną zawodowo.***(należy dołączyć aktualne zaświadczenie z ZUS potwierdzające brak tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne lub potwierdzenie braku ubezpieczenia wygenerowane z PUE ZUS*)Za osobę bierną zawodowo uznaje się osobę, która nie jest zarejestrowana jako bezrobotna ani poszukuje pracy, a jednocześnie nie podejmuje zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej z przyczyn osobistych lub społecznych. Osoby bierne zawodowo są zazwyczaj osobami, które ze względu na swoją sytuację życiową, zdrowotną lub społeczną, nie mogą lub nie podejmują aktywności zawodowej. | [ ]  TAK | [ ]  NIE |

| **Status uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu**(proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/i sytuacji społecznej) | **Odpowiedzi** |
| --- | --- |
| Oświadczam, że jestem **osobą z niepełnosprawnością.***(należy dołączyć kopię orzeczenia lub innego dokumentu potwierdzającego stan zdrowia)*Za osobę z niepełnosprawnościami uznaje się osobę niepełnosprawną w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.  | [ ]  TAK | [ ]  NIE | [ ]  odmowa podania danych |
| Jestem osobą **obcego pochodzenia.** Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów. | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą **z krajów trzecich** (obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej). Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa. | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą **należącą do** **mniejszości**, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie – osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. | [ ]  TAK | [ ]  NIE | [ ]  odmowa podania danych |
| Jestem osoba **w kryzysie bezdomności**, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością.Za osobę w kryzysie bezdomności uznaje się osobę: a) bezdomną w rozumieniu art. 6 pkt 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, czyli osobę niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osobę niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania; b) znajdującą się w sytuacjach określonych w Europejskiej Typologii Bezdomności i Wykluczenia Mieszkaniowego ETHOS w kategoriach operacyjnych: bez dachu nad głową, bez mieszkania, w niezabezpieczonym mieszkaniu, w nieodpowiednim mieszkaniu; c) zagrożoną bezdomnością - osobę znajdującą się w sytuacji wykluczenia mieszkaniowego zgodnie z typologią ETHOS, osobę bezpośrednio zagrożona eksmisją lub utratą mieszkania, a także osobę wcześniej doświadczająca bezdomności, zamieszkującą mieszkanie i potrzebującą wsparcia w utrzymaniu mieszkania.  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą **opuszczająca placówkę opieki instytucjonalnej w tym w szczególności domy pomocy społecznej.** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą **przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą.** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą **korzystająca z pomocy społecznej.** | [ ]  TAK | [ ]  NIE |

| **Potrzeby wynikające z niepełnosprawności** (proszę w odpowiednim miejscu wpisać - jeśli dotyczy) | **Dane do wpisania** |
| --- | --- |
| [ ]  **DOTYCZY** [ ]  **NIE DOTYCZY** |
| Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową, proszę opisać jakie: |  |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego |  |
| Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką |  |
| Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych, proszę opisać jakie: |  |
| Inne specjalne potrzeby, proszę opisać jakie:  |  |

|  |
| --- |
| **KYTERIA PREMIUJĄCE** |
| Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących mnie do wsparcia w proj. lub spełniającą więcej niż jedną przesłankę określ. w art. 7 ustawy o pomocy społ. | ☐ TAK | ☐ NIE |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną, osobą z chorobami psychicznymi, osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozum. zg. z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej np. Dom Opieki Społecznej | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie. Osoba wykluczona komunikacyjnie to osoba, która ma ograniczony lub brak dostępu do środków transportu publicznego, mieszka w obszarze o niskiej dostępności komunikacyjnej, cierpi z powodu barier związanych z mobilnością.  | [ ]  TAK | [ ]  NIE |
| Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 m-cy bądź osoby objęte dozorem elektronicznym | [ ]  TAK | [ ]  NIE |

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU**

**JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:**

* Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie ,,W Kierunku Zmian” który finansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczeństwa Wiedzy "THINK!" w partnerstwie z Towarzystwem Edukacyjno- Szkoleniowe Sp. z o.o. podstawie Umowy do projektu nr FESL.07.02-IZ.01-0662/23-004 zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.
* Zapoznałam/em się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu „ W Kierunku Zmian” i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniona/y do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
* Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikowalności do grupy docelowej niniejszego projektu określone w § 3 Regulaminu projektu.
* Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego.
* Zostałem/am poinformowany/a że przedmiotowy projekt jest realizowany w ramach , Działania 07.02 Aktywna integracja programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.
* Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących bezdomności i stanu zdrowia.
* Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu, w ciągu do 4 tygodni od zakończeniu udziału w projekcie informacji nt. danych dotyczących nabycia kompetencji.
* Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych oraz w testach sprawdzających poziom wiedzy oraz egzaminach zewnętrznych oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „W Kierunku Zmian”
* Mam świadomość, iż złożenie Formularza rekrutacyjnego do udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
* Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Fundacji Rozwoju Społeczeństwa Wiedzy "THINK!" stają się własnością firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wymienionych w formularzu rekrutacyjnym dla celów rekrutacji, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
* Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia zaplanowanym w ramach projektu, tj. we wszystkich zadaniach, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora projektu.
* Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

(miejscowość), dnia ………………….. ………………………………………………………………………………(czytelny podpis Kandydata lub opiekuna prawnego Kandydata)

|  |
| --- |
| **Formy wsparcia**  |
| [ ]  Przygotowanie, monitoring i aktualizacja Indywidualnej Ścieżki  Reintegracji[ ]  Grupowe warsztaty kompetencji miękkich[ ]  Szkolenia ICTW zależności od indywidualnych potrzeb (min. 1 usługa): [ ]  Poradnictwo: psychologiczne, prawne, doradztwo zawodowe, Pośrednictwo pracy, szkolenia zawodowe i staże |

**WYPEŁNIENIE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja Rozwoju Społeczeństwa Wiedzy "THINK!" z siedzibą przy Placu Kasztelańskim 3 w Warszawie (01-362), NIP: 5272703988, REGON: 146954516 oraz Towarzystwo Edukacyjno-Szkoleniowe Sp. z o.o. z siedzibą przy ul. Wincentego Janasa 4 w Katowicach (40-855), NIP: 6762433404, REGON: 121375232.
2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail: biuro@think.org.pl.
3. Administrator przetwarza Pani/Pana dane osobowe na podstawie udzielonej zgody.
4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu rekrutacji i przetwarzane są wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody.
5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia i przechowywane przez okres dwóch lat od dnia 31 grudnia roku następującego po złożeniu przez Państwo Polskie do Komisji Europejskiej zestawienia wydatków, w którym ujęto ostateczne wydatki dotyczące zakończonego Projektu, do którego udziału realizowana jest rekrutacja dotycząca Pani/Pana osoby. Administrator poinformuje o dacie rozpoczęcia okresu, o którym mowa w zdaniu pierwszym na swojej stronie internetowej www.think.org.pl/wkierunkuzmian.
6. Odbiorcami Pani/Pana danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora*.*
7. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny.
8. Przysługuje Pani/Panu prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem.
9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:

- dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Państwa danych.

- wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.

Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

(miejscowość), dnia ……………… ……………………………………………………………………………(czytelny podpis Kandydata lub opiekuna prawnego Kandydata)

**OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH**

Imię i nazwisko: ………………………………………………

PESEL: …………………………………………………………

Oświadczam, iż w ramach projektu „ W Kierunku Zmian” zostałem/łam poinformowany/a o możliwym przetwarzaniu danych przez podmioty prowadzące badanie ewaluacyjne oraz pozostałych administratorów uczestniczących we wdrażaniu Programu tj. IZ (Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego) oraz IK UP (Ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego).

………, dnia ……………………….…. …………………………………………………………………..

(czytelny podpis)