Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Nie pozwól się wykluczyć!” Nr FESL.07.02-IZ.01-062H/23

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu Formularza |  |
| Numer rekrutacyjny |  |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz |  |

**Szanowni Państwo!**

Prosimy o czytelne wypełnienie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**) lub wstawić **„X”** w białych, pustych polach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ I - DANE OSOBOWE I TELEADRESOWE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU** | | |
| Imię/Imiona |  | |
| Nazwisko |  | |
| Numer PESEL lub inny identyfikator |  | |
| Płeć: | ☐ Kobieta | |
| ☐ Mężczyzna | |
| Wiek: |  | |
| Obywatelstwo |  | |
| Wykształcenie | Co najwyżej średnie I stopnia (poniżej podstawowego, podstawowe, gimnazjalne) (ISCED 0-2) | ☐ |
| Średnie II stopnia (zawodowe, średnie, średnie zawodowe) (ISCED 3) oraz policealne (ISCED 4) | ☐ |
| Wyższe (ISCED 5-8) | ☐ |
| **Adres zamieszkania i dane kontaktowe uczestnika/czki** | | |
| Kraj |  | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Ulica |  | |
| Numer domu |  | |
| Numer lokalu |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ II - STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | |
| **Osoba pozostająca bez zatrudnienia** (zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – dotyczy osób zarejesrtowanych w PUP lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych – dotyczy osób niezarejestrowanych w PUP oraz potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS w przypadku osób biernych zawodowo) | | |
| ☐ TAK ☐ NIE | | |
| Osoba **bezrobotna zarejestrowana** w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym: | ☐ | TAK |
| \*długotrwale bezrobotną | ☐ | TAK |
| Osoba **bezrobotna niezarejestrowana** | ☐ | TAK |
| Osoba **bierna zawodowo**, w tym: | ☐ | TAK |
| \*osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu | ☐ | TAK |
| \*osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie | ☐ | TAK |
| Osoba **pracująca** łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek | ☐ | TAK |

|  |  |
| --- | --- |
| **CZĘŚĆ III - STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (proszę zaznaczyć odpowiedzi, które odnoszą się do Pana/i sytuacji społecznej)** | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | ☐ TAK |
| Osobą obcego pochodzenia[[1]](#endnote-1) | ☐ TAK |
| Osoba z krajów trzecich[[2]](#endnote-2) | ☐ TAK |
| Osoba należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie[[3]](#endnote-3) | ☐ TAK |
| Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań[[4]](#endnote-4) | ☐ TAK |
| Osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej | ☐ TAK |
| Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą | ☐ TAK |
| Żadne z powyższych | ☐ TAK |
| Odmowa udzielenia odpowiedzi | ☐ TAK |
| Osoba korzystająca z pomocy społecznej | ☐ TAK |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ IV – KRYTERIA FORMALNE** | | | | | |
| **Oświadczam, że** | Jestem osobą w wieku pow. 18 roku życia  (dokument potwierdzający tożsamość – do wglądu) | | ☐ | TAK | |
| ☐ | NIE | |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, kwalifikującą się do grupy: | | ☐ | TAK | |
| ☐ | NIE | |
| 1. osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2023 r., poz. 901) lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach) | ☐ TAK | | |
| 1. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241) - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia | ☐ TAK | | |
| 1. 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 (Dz. U. z 2022 r., poz. 447 z późn. zm.) - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej | ☐ TAK | | |
| 1. osoby z niepełnosprawnościami - potwierdzeniem kwalifikowalności są następujące dokumenty np.: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia | ☐ TAK | | |
| 1. członkowie gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia | ☐ TAK | | |
| 1. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - potwierdzeniem kwalifikowalności jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia | ☐ TAK | | |
| 1. osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce | ☐ TAK | | |
| 1. osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością - potwierdzeniem kwalifikowalności jest zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu | ☐ TAK | | |
| 1. osoby odbywające karę pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym - potwierdzeniem kwalifikowalności jest orzeczenie sądu o zezwoleniu na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego | ☐ TAK | | |
| 1. osoby korzystające z programu FE PŻ - potwierdzeniem kwalifikowalności jest dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność | ☐ TAK | | |
| 1. osoby należące do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie - potwierdzeniem kwalifikowalności jest oświadczenie uczestnika o przynależności do mniejszości etnicznych lub inny dokument wystawiony przez podmiot sprawujący opiekę na uczestnikiem | ☐ TAK | | |
| 1. osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę - potwierdzeniem kwalifikowalności jest numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców | ☐ TAK | | |
| 1. osoby wykluczone komunikacyjnie - potwierdzeniem kwalifikowalności jest: oświadczenie uczestnika o miejscu zamieszkania na terenie gminy, w której występują problemy z dostępnością komunikacyjną, zgodnie z tabelami nr 1 i 2 wskazanymi w dokumencie: „Analiza dostępności komunikacyjnej na terenie województwa śląskiego”, który stanowi załącznik nr 8 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie | ☐ TAK | | |
| Jestem osobą zamieszkującą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie jednego z powiatów: częstochowski, kłobucki, myszkowski, miasto Częstochowa województwa śląskiego | | ☐ | TAK | |
| ☐ | NIE | |
| Jestem osobą, która nie otrzymuje jednocześnie wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+ | | ☐ | TAK | |
| ☐ | NIE | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ V – KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | | |
| **Oświadczam, że** | Jestem kobietą – 5 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ z niepełnosprawnością sprzężoną/ z chorobami psychicznymi/ z niepełnosprawnością intelektualną/ z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi [zg. z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10] – weryfikacja na podstawie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innych dokumentów wskazanych w § 4 ust. 5 pkt. b) – 5 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą długotrwale bezrobotną – weryfikacja na podstawie zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy, oświadczenia zawartego w formularzu rekrutacyjnym – 2 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ – weryfikacja na podstawie dokumentu wystawionego przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność, oświadczenia zawartego w formularzu rekrutacyjnym – 2 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą o niskich kwalifikacjach do ISCED 3 – weryfikacja na podstawie oświadczenia zawartego w formularzu rekrutacyjnym – 2 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących do wsparcia w projekcie lub spełniające więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy o pomocy społecznej – weryfikacja na podstawie dokumentów wskazanych w § 4 ust. 5 pkt. b), oświadczenia zawartego w formularzu rekrutacyjnym – 2 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej - weryfikacja na podstawie zaświadczenia z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce, oświadczenia zawartego w formularzu rekrutacyjnym – 2 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie - weryfikacja na podstawie oświadczenia uczestnika o miejscu zamieszkania na terenie gminy, w której występują problemy z dostępnością komunikacyjną, zgodnie z tabelami nr 1 i 2 wskazanymi w dokumencie: „Analiza dostępności komunikacyjnej na terenie województwa śląskiego”, który stanowi załącznik nr 10 niniejszego Regulaminu, oświadczenia zawartego w formularzu rekrutacyjnym – 2 pkt. | ☐ | TAK |
| Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy - weryfikacja na podstawie zaświadczenia z zakładu penitencjarnego, oświadczenia zawartego w formularzu rekrutacyjnym – 2 pkt. |  |  |
| Łączna liczba punktów (wypełnia Beneficjent) | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CZĘŚĆ VI – SPECJALNE POTRZEBY** | | |
| Rodzaj potrzeby | Proszę zaznaczyć właściwe | Jeżeli TAK, proszę opisać jakie |
| Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |
| Inne specjalne potrzeby | ☐ TAK | ………………………………………………  ………………………………………………  ………………………………………………  ……………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **FORMY WSPARCIA** | |
| 1 | Wyznaczenie ścieżki reintegracji wraz z monitoringami – 10 godzin |
| 2 | Usługi o charakterze społecznym (ilość godzin wsparcia określona zostanie podczas wyznaczania ścieżki reintegracji):   1. Poradnictwo psychologiczne 2. Mediacje 3. Socjoterapia-zajęcia grupowe 4. Terapia i psychoterapia 5. Poradnictwo prawne 6. Szkolenia z zakresu kompetencji miękkich – tematyka będzie zgodna ze zdiagnozowanymi potrzebami i potencjałem Uczestnika/czki projektu z uwzględnieniem zdiagnozowanych potrzeb rynku pracy. 7. Szkolenia warsztaty ICT |
| 3 | Usługi o charakterze edukacyjnym i zdrowotnym (ilość godzin wsparcia określona zostanie podczas wyznaczania ścieżki reintegracji):   1. usługi edukacyjne – broker edukacyjny 2. usługi zdrowotne |
| 4 | Usługi podnoszące kompetencje w zakresie spędzania czasu wolnego i rekreacji oraz uczestnictwa w kulturze (ilość godzin wsparcia określona zostanie podczas wyznaczania ścieżki reintegracji) |
| 5 | Usługi o charakterze zawodowym (ilość godzin wsparcia określona zostanie podczas wyznaczania ścieżki reintegracji):   1. pośrednictwo pracy 2. szkolenia i kursy zawodowe 3. staż zawodowy |
| 6 | Warsztaty z zakresu ekologii, podniesienia świadomości oszczędnego korzystania z zasobów, wykorzystania odnawialnych źródeł energii oraz problematyki ochrony powietrza, zasady równości szans i niedyskryminacji oraz równości kobiet i mężczyzn (ilość godzin wsparcia określona zostanie podczas wyznaczania ścieżki reintegracji) |

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Nie pozwól się wykluczyć!”,

nr: FESL.07.02-IZ.01-062H/23

1. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie pn. „Nie pozwól się wykluczyć!”, nr: FESL.07.02-IZ.01-062H/23, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że MC SOFT Cezary Nowak jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez MC SOFT Cezary Nowak, wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2021, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027);
5. dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że MC SOFT Cezary Nowak zapewnia standard ochrony danych 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).
7. Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
8. Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
9. Podpiszę umowę udziału we wsparciu oraz zobowiązuję się do przekazania informacji o swojej sytuacji społeczno-zawodowej do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dostarczę Beneficjentowi Projektu dokumentów potwierdzających:
   1. zatrudnienie - kopii umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej, wpis do CEIDG/KRS,
   2. potwierdzenie statusu osoby poszukującej pracy – zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy. W przypadku osoby niezrejestrowanej zaświadczenie o poszukiwaniu pracy zatrudnienia potwierdzonego przez min. 3 pracodawców.
   3. potwierdzenie że moja sytuacja uległa poprawie – rozpoczęcie nauki i/lub podjęcie wolontariatu (umowa z placówką/zaświadczenie o rozpoczęciu nauki/umowa wolontariacka); poprawa stanu zdrowia i/lub ograniczenie nałogów i/lub doświadczenie widocznej poprawy w funkcjonowaniu (w przypadku osób z niepełnosprawnościami) – dokumenty sporządzone przez odpowiednich specjalistów m.in. terapeuta, fizjoterapeuta; Certyfikat kompetencji społecznych.
   4. wypełnienia ankiety badającej wzmocnienie motywacji, pewności siebie itp.
10. Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej.
11. Dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

……………………………. …………………………………

Miejscowość i data czytelny podpis Kandydata/tki Projektu

1. **Osoba obcego pochodzenia** - to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów. [↑](#endnote-ref-1)
2. **Osoba z krajów trzecich to osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, ani krajów takich jak: Norwegia, Islandia, Lichtenstein oraz Szwajcaria**, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa. [↑](#endnote-ref-2)
3. **Osoba należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie** - zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska [↑](#endnote-ref-3)
4. **Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** - bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:

   1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach);

   2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności -specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);

   3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);

   4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

   5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

   Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są w kryzysie bezdomności lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach. [↑](#endnote-ref-4)