



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie „Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23

Formularz aplikacyjny

dla przedsiębiorstw z sektora MMŚP

Data wpływu Formularza aplikacyjnego:	
Numer aplikacyjny:	
Podpis osoby przyjmującej Formularz aplikacyjny:	

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie białych pól formularza, właściwe pola należy zaznaczyć krzyżykiem.

CZĘŚĆ I - DANE PRZEDSIĘBIORSTWA	
Nazwa instytucji:	
Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania przedsiębiorstwa oraz zajmowane stanowisko (zgodnie z KRS lub innym dokumentem rejestrowym)	
NIP:	
REGON:	
KRS (jeśli dotyczy)	



Adres siedziby:	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Powiat	
Gmina	
Województwo	
Typ instytucji:	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> przedsiębiorstwo,<input type="checkbox"/> podmiot ekonomii społecznej,<input type="checkbox"/> instytucja rynku pracy,<input type="checkbox"/> jednostka administracji rządowej,<input type="checkbox"/> jednostka samorządu terytorialnego (bez szkół i placówek systemu oświaty)<input type="checkbox"/> związek zawodowy,<input type="checkbox"/> organizacja pracodawców,<input type="checkbox"/> podmiot systemu szkolnictwa wyższego i nauki,<input type="checkbox"/> podmiot wykonujący działalność leczniczą,<input type="checkbox"/> szkoła,<input type="checkbox"/> placówka systemu oświaty,<input type="checkbox"/> sądy powszechne,<input type="checkbox"/> prokuratura,<input type="checkbox"/> podmiot świadczący usługi szkoleniowe,<input type="checkbox"/> inne.



Typ przedsiębiorstwa:	<input type="checkbox"/> mikroprzedsiębiorstwo, <input type="checkbox"/> małe przedsiębiorstwo, <input type="checkbox"/> średnie przedsiębiorstwo,
Stan zatrudnienia (liczba pracowników zatrudnionych na umowę o pracę, umowę cywilnoprawną)	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres siedziby instytucji/przedsiębiorstwa)	Miejscowość:
	Ulica:
	Numer domu:
	Numer lokalu:
	Kod pocztowy:
	Gmina:
	Powiat:
	Województwo:

CZĘŚĆ II – KRYTERIA FORMALNE

Oświadczam, że	Siedziba na terenie województwa wielkopolskiego (weryfikacja na podstawie wypisu z CEIDG/KRS)	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE
	Mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo (weryfikacja na podstawie wypisu z CEIDG/KRS, dokumentów finansowych/podatkowych, potwierdzenie stanu zatrudnienia)	<input type="checkbox"/>	TAK
		<input type="checkbox"/>	NIE



CZĘŚĆ III. INFORMACJA O ODDELEGOWANYCH PRACOWNIKACH	
Pracownik nr 1	
Imię	
Nazwisko	
Pesel	
Forma Zatrudnienia	<input type="checkbox"/> umowa o pracę
	<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna
Pracownik nr 2	
Imię	
Nazwisko	
Pesel	
Forma Zatrudnienia	<input type="checkbox"/> umowa o pracę
	<input type="checkbox"/> umowa cywilnoprawna

CZĘŚĆ V – KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)		
Oświadczam, że:	Prowadzę mikroprzedsiębiorstwo – 4 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Prowadzę małe przedsiębiorstwo – 2 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
Łączna liczba punktów (uzupełnia Beneficjent)		



OŚWIADCZENIA:

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

- 1) Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. **„Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23.**
- 2) Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie pn. **„Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23**, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
- 4) Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski (FEWP) 2021-2027.
- 6) Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- 7) Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu.
- 8) 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 Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST 2021 (SL2021, SM EFS). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
- 9) 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).

- 10) Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
- 11) Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
- 12) Podpiszę umowę o wsparcie.
- 13) Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
- 14) Zostałem/am poinformowany/a o możliwości pisemnego zgłaszania do Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu) podejrzenia o niezgodności Projektu lub działań Organizatora projektu z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. oraz Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 r.
- 15) Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....

Miejscowość i data

.....

czytelny podpis osoby
upoważnionej ze strony
przedsiębiorstwa



Formularz aplikacyjny dla pracownika nr 1 oddelegowanego przez przedsiębiorcę

CZEŚĆ I – DANE PERSONALNE	
Nazwisko:	
Imię/imiona:	
PESEL:	
Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> TAK
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu (uzupełnia Beneficjent):	
Data i miejsce urodzenia:	

CZEŚĆ II - ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Numer domu:	



Numer lokalu:		
Telefon kontaktowy:		
Adres e-mail:		
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Kod pocztowy:	
	Ulica:	
	Numer domu:	
Numer lokalu:		
CZĘŚĆ III - WYKSZTAŁCENIE		
Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 - 2)	<input type="checkbox"/>
	Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/>
	Wyższe (ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/>



CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)		
Oświadczam, że:	Jestem kobietą – 9 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą zamieszkującą według Kodeksu Cywilnego na terenie wiejskim w woj. wielkopolskim – 9 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą niepełnosprawną – 5 pkt. (orzeczenie/inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą w przedziale 18-29 lat lub 55+ - 4 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
Łączna liczba punktów (uzupełnia Beneficjent)		

MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)	
Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia ¹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich ²	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych

¹ **Osoba obcego pochodzenia** - to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów

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



Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej ³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁴	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych

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.

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/szpitalne, 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.



CZĘŚĆ V – SPECJALNE POTRZEBY

Rodzaj potrzeby	Proszę zaznaczyć właściwe	Jeżeli TAK, proszę opisać jakie
Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Zapewnienie tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Inne specjalne potrzeby	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



OŚWIADCZENIA:

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

- 1) Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. **„Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23.**
- 2) Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie pn. **„Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23**, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
- 4) Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski (FEWP) 2021-2027.
- 6) Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- 7) Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu.
- 8) 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 Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST 2021 (SL2021, SM EFS). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
- 9) 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).

- 10) Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
- 11) Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
- 12) Podpiszę deklarację udziału w projekcie oraz zobowiązuję się w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie do przekazania Beneficjentowi informacji o sytuacji społeczno-zawodowej, tj. dostarczenia Beneficjentowi Projektu dokumentów potwierdzających:
 - a) zatrudnienie - kopia umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej, wpis do CEIDG/KRS, potwierdzenia z ZUS o opłacaniu składek, zaświadczenia od pracodawcy
 - b) potwierdzenie że znajduję się w lepszej sytuacji na rynku pracy – dokumenty potwierdzające: podjęcie pracy, powrotu na rynek pracy, przejście z niepełnego na pełne zatrudnienie, zmiany stanowiska na takie z większą odpowiedzialnością, awansu, zwiększenia wynagrodzenia.
- 13) Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
- 14) Zostałem/am poinformowany/a o możliwości pisemnego zgłaszania do Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu) podejrzania o niezgodności Projektu lub działań Organizatora projektu z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. oraz Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 r.
- 15) Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis pracownika



Formularz aplikacyjny dla pracownika nr 2 oddelegowanego przez przedsiębiorcę

CZEŚĆ I – DANE PERSONALNE	
Nazwisko:	
Imię/imiiona:	
PESEL:	
Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> TAK
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek w chwili przystąpienia do projektu (uzupełnia Beneficjent):	
Data i miejsce urodzenia:	

CZEŚĆ II - ADRES ZAMIESZKANIA	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Kod pocztowy:	
Ulica:	
Numer domu:	



Numer lokalu:		
Telefon kontaktowy:		
Adres e-mail:		
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Województwo:	
	Powiat:	
	Gmina:	
	Miejscowość:	
	Kod pocztowy:	
	Ulica:	
	Numer domu:	
Numer lokalu:		
CZĘŚĆ III - WYKSZTAŁCENIE		
Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 - 2)	<input type="checkbox"/>
	Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/>
	Wyższe (ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/>

**CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE (FAKULTATYWNE)**

Oświadczam, że:	Jestem kobietą – 9 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą zamieszkującą według Kodeksu Cywilnego na terenie wiejskim w woj. wielkopolskim – 9 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą niepełnosprawną – 5 pkt. (orzeczenie/inny dokument potwierdzający niepełnosprawność)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą w przedziale 18-29 lat lub 55+ - 4 pkt.	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
Łączna liczba punktów (uzupełnia Beneficjent)		

MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS
(System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)
(należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)

Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia ¹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich ²	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych

¹ Osoba należąca 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.

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



Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej ³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁴	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych

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.

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/szpitalne, 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.



CZĘŚĆ V – SPECJALNE POTRZEBY

Rodzaj potrzeby	Proszę zaznaczyć właściwe	Jeżeli TAK, proszę opisać jakie
Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Zapewnienie tłumacza języka migowego	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Inne specjalne potrzeby	<input type="checkbox"/> TAK	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



OŚWIADCZENIA:

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

- 1) Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. „**Równa kariera**” nr **FEWP.06.03-IP.01-0027/23**.
- 2) Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji kandydatów/ek i uczestnictwa w projekcie pn. „**Równa kariera**” nr **FEWP.06.03-IP.01-0027/23**, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
- 4) Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej wskazanej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Równa kariera” nr FEWP.06.03-IP.01-0027/23
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski (FEWP) 2021-2027.
- 6) Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego formularza aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- 7) Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez organizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzki Urząd Pracy w Poznaniu.
- 8) 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 Centralnego Systemu Teleinformatycznego CST 2021 (SL2021, SM EFS). Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
- 9) 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).

- 10) Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
- 11) Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
- 12) Podpiszę deklarację udziału w projekcie oraz zobowiązuję się w terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie do przekazania Beneficjentowi informacji o sytuacji społeczno-zawodowej, tj. dostarczenia Beneficjentowi Projektu dokumentów potwierdzających:
 - c) zatrudnienie - kopia umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej, wpis do CEIDG/KRS, potwierdzenia z ZUS o opłacaniu składek, zaświadczenia od pracodawcy
 - d) potwierdzenie że znajduję się w lepszej sytuacji na rynku pracy – dokumenty potwierdzające: podjęcie pracy, powrotu na rynek pracy, przejście z niepełnego na pełne zatrudnienie, zmiany stanowiska na takie z większą odpowiedzialnością, awansu, zwiększenia wynagrodzenia.
- 13) Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans kobiet i mężczyzn, zrównoważonego rozwoju oraz przeciwdziałaniu dyskryminacji.
- 14) Zostałem/am poinformowany/a o możliwości pisemnego zgłaszania do Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu) podejrzania o niezgodności Projektu lub działań Organizatora projektu z Konwencją o prawach osób niepełnosprawnych sporządzoną w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. oraz Kartą Praw Podstawowych Unii Europejskiej z dnia 26 października 2012 r.
- 15) Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis pracownika