*Załącznik nr 1 do Formularza Rekrutacyjnego dla PS*

FORMULARZ REKRUTACYJNY

*- osoby fizycznej, dla której zaplanowano utworzenie   
nowego miejsca pracy*

|  |  |
| --- | --- |
| **„Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w subregionie słupskim"  nr projektu: FEPM.05.13-IZ.00-0002/23** | |
| **Nazwa Programu Operacyjnego** | **Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027** |
| **Numer i nazwa Osi Priorytetowej w ramach Programu Operacyjnego** | **5. Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+)** |
| **Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej** | **5.13.Rozwój Ekonomii Społecznej** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **dane podstawowe uczestnika/ki** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię/Imiona** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL  (jeżeli osoba nie posiada proszę wpisać BRAK)** | | |  | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **W przypadku braku PESEL proszę podać:**  **1. płeć,**  **2. nazwę i nr innego identyfikatora   (np. paszport),**  **3. wiek.** | | | 1.  2.  3. | | | | | | | | | | | | |
| **Obywatelstwo** | | |  obywatelstwo polskie  brak obywatelstwa polskiego - obywatel kraju UE  brak obywatelstwa polskiego lub UE | | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** | | |  brak (brak formalnego wykształcenia)  podstawowe(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej ISCED 1)  średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)  ponadgimnazjalne/ponadpodstawowe (ISCED 3)  policealne (ISCED 4)  wyższe (ISCED 5-8) | | | | | | | | | | | | |
| **Adres  zamieszkania** | **Kraj zamieszkania** | | POLSKA | | | | | | | | | | | | |
| **Województwo** | | POMORSKIE | | | | | | | | | | | | |
| **Powiat** | |  chojnicki  człuchowski  kościerski | | | | | | | | | | | | |
| **Gmina** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Numer budynku** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Numer lokalu** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy reprezentowanej instytucji/podmiotu (jeśli dotyczy)** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Bezpośredni telefon kontaktowy Uczestnika/czki** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Jeśli telefon kontaktowy do instytucji jest telefonem Uczestnika/czki – proszę wskazać powód** | | |  korzystam z prywatnego telefonu do spraw związanych z instytucją/podmiotem  instytucja/podmiot nie posiada telefonu służbowego  inny, jaki: ……………………………………………………… | | | | | | | | | | | | |
| **Bezpośredni adres e-mail Uczestnika/ki** | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba obcego pochodzenia** | | | | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | |
| **Osoba z krajów trzecich (poza UE)** | | | | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości etnicznej lub społeczności marginalizowanej** | | | | |  TAK  NIE   odmowa podania informacji | | | | | | | | | | |
| **Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *(należy dołączyć odpowiedni dokument potwierdzający)*** | | | | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | |
| **Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba bezrobotna** | | | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | | |
| **w tym: osoba długotrwale bezrobotna** | | | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | | |
| **Osoba bierna zawodowo** | | | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | | |
| **w tym:** | | | |  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  osoba ucząca się/odbywająca kształcenie (planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia): …………………………………………  inne | | | | | | | | | | | |
| **Osoba pracująca** | | | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | | |
| **w tym:** | | | |  osoba prowadząca działalność na własny   rachunek  osoba pracująca w administracji rządowej  osoba pracująca w administracji samorządowej *(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)*  osoba pracująca w organizacji pozarządowej  osoba pracująca w MMŚP  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra pedagogiczna)*   osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra niepedagogiczna)*  osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty *(kadra zarządzająca)*   osoba pracująca na uczelni,   osoba pracująca w instytucie naukowym  osoba pracująca w instytucie badawczym  osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym  osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki   osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej   inne | | | | | | | | | | | |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym/osoba w szczególnej sytuacji,**  **w tym:** |  TAK   NIE |  | | | | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy** *– wymagane aktualne zaświadczenie z ZUS*  *(Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy)* |  TAK   NIE |  | | | | **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**– wymagane aktualne zaświadczenie z PUP  *(Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy)*. |  TAK   NIE |  | | | | w tym: osoba długotrwale bezrobotna  *(Osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych).*  Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. |  TAK   NIE |  | | | | **Osoba poszukująca pracy**, o której mowa w art. 2. ust. 1 pkt 22 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, bez zatrudnienia: |  TAK   NIE |  | | | | w tym: osoba w wieku do 30 r.ż. lub po ukończeniu 50 r.ż. |  TAK   NIE |  | | | | w tym: niewykonująca innej pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 11 Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy |  TAK   NIE |  | | | | **– Osoba z niepełnosprawnością** – wymagany dokument orzeczenie o niepełnosprawności (kopia poświadczona za zgodność z orginalem)  w rozumieniu art. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych |  TAK   NIE   ODMAWIAN PODANIA INFORMACJI | | | | | * + Stopień niepełnosprawności | * LEKKI * UMIARKOWANY * ZNACZNY | | | | | **– Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności |  TAK   NIE | | * NIE | | **– Absolwent Centrum Integracji Społecznej** lub **absolwent Klubu Integracji Społecznej**,o których mowa w art. 2 pkt 1a i 1b Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym  – wymagane zaświadczenie z CIS |  TAK   NIE |  | | | | **– Osoba spełniająca kryteria**, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2021 r., poz. 2268, z późn. zm.)  – wymagane zaświadczenie z instytucji pomocy społecznej |  TAK   NIE | | * NIE | | **– Osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego**,o której mowa w art. 16a ust. 1 Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2023 r., poz. 390  i 658)  – wymagane zaświadczenie z instytucji pomocy społecznej |  TAK   NIE | | * NIE | | **– Osoba usamodzielniana**,o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 447, 1700 i 2140 oraz z 2023 r. poz. 403 i 535) oraz art. 88 ust. 1 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  - wymagany dokument potwierdzający status |  TAK   NIE |  | | | | **– Osoba, o której mowa w art. 3 pkt 1 Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r.** o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123)  - wymagany dokument potwierdzający status |  TAK   NIE |  | | | | **– Osoba pozbawiona wolności, osoba opuszczająca zakład karny lub pełnoletnia opuszczająca zakład poprawczy**  - wymagany dokument potwierdzający status |  TAK   NIE |  | | | | **– Osoba starsza**,o której mowa w art. 4 pkt 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U., poz. 1705) |  TAK   NIE |  | | | | **– Osoba, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą**  - wymagany dokument potwierdzający status |  TAK   NIE |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Uczestnik Centrum Integracji Społecznej (CIS) |  TAK   NIE |  | | Uczestnik Klubu Integracji Społecznej (KIS) |  TAK   NIE | NIE | | Uczestnik Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ) |  TAK   NIE | NIE | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **INDYWIDUALNA DIAGNOZA POTRZEB OSOBY FIZYCZNEJ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Usługa animacyjna,  w tym:** | | * + - * Edukacja ES i zwiększanie widoczności ES       * Wsparcie w zakresie usług społecznych       * Wsparcie w zakresie zamówień społecznie odpowiedzialnych       * Budowanie partnerstw lokalnych | | | | | | | | | | | | | |
| **Usługa inkubacyjna,  w tym:** | | * + - * Wsparcie w zakresie biznesplanu       * Reintegracja społeczna i zawodowa | | | | | | | | | | | | | |
| **Usługa szkoleniowa,  w tym:** | | * + - * Edukacja ES | | | | | | | | | | | | | |
| **Usługa biznesowa,  w tym:** | | * + - * Wsparcie w zakresie usług społecznych       * Wsparcie w zakresie zamówień społecznie odpowiedzialnych       * Marketing, promocja PES/PS i zwiększanie widoczności ES       * Reintegracja społeczna i zawodowa       * Usługa doradcza | | | | | | | | | | | | | |
| **Wsparcie finansowe na utworzenie lub utrzymanie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym** | |  TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | |
| **Inne, w tym:** | | * + - * Reintegracja społeczna i zawodowa       * Usługa doradcza       * …………………………………………………… | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ANKIETA POTRZEB/ USPRAWNIEŃ DLA OSÓB ZE SZCZEGÓLNYMI POTRZEBAMI [[1]](#footnote-1)** |
| Proszę określić **potrzeby/ specjalne wymagania** wynikające ze szczególnych potrzeb, w tym z niepełnosprawności, a związane z udziałem w Projekcie |
| w zakresie materiałów szkoleniowych: jakie? …………………………………………………………………………………………………………..  w zakresie sali szkoleniowej: jakie? …………………………………………………………………………………………………………  inne: jakie? ……………………………………..…………………………………………………………………… |

**Oświadczam, że dane podane przeze mnie w Formularzy rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.**

*…………*.…………………… …………………………........................…  
*Miejscowość, data Czytelny podpis osoby składającej oświadczenie*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, …………………………………………………….*(imię i nazwisko),* wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie ***„Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Debrzno – subregion południowy woj. pomorskiego”,*** realizowanym w ramach Regionalnego Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, Oś Priorytetowa 5. Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie: 5.13. Rozwój Ekonomii Społecznej.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. O wszelkich zmianach, w szczególności o zmianie danych teleadresowych poinformuję niezwłocznie.
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności uczestnictwa w ww. projekcie, zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
3. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej Debrzno – subregion południowy woj. pomorskiego” oraz Regulaminem wsparcia finansowego na utworzenie i utrzymanie miejsca pracy w przedsiębiorstwie społecznym, w tym warunkach uczestnictwa w projekcie oraz formach wsparcia i je akceptuję.
5. **W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.**
6. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą elektroniczną (poczta e-mail) oraz drogą telefoniczną.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………… | …………………………………. |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS* |
|  |  |

**Załączniki do formularza:**

1. *Klauzula informacyjna RODO wraz z zgodą na przetwarzanie szczególnych danych.*

1. *Uzupełnić, jeśli dotyczy* [↑](#footnote-ref-1)