

Lider projektu:



Siedziba: 62-006 Kobylnica, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Naramowicka 172
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777 323 81 50 | REGON 302700614 | KRS 0000499852

Partner projektu:



Wielkopolskie Stowarzyszenie
na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich
WSnRROW

FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY FIZYCZNEJ DO PROJEKTU „WBREW BARIEROM”

Tytuł projektu:	“WBREW BARIEROM”
Nr projektu:	RPMP.08.02.00-12-0111/15
Nazwa i numer Osi Priorytetowej:	8. Rynek Pracy
Nazwa i numer Działania:	8.2. Aktywizacja Zawodowa

Strona | 1

Dane podstawowe uczestnika/czki (DRUKOWANE LITERY)	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	Małopolskie
Powiat	<input type="checkbox"/> brzeski <input type="checkbox"/> chrzanowski <input type="checkbox"/> dąbrowski <input type="checkbox"/> gorlicki <input type="checkbox"/> limanowski <input type="checkbox"/> miechowski <input type="checkbox"/> myślenicki <input type="checkbox"/> nowosądecki <input type="checkbox"/> nowotarski <input type="checkbox"/> olkuski <input type="checkbox"/> oświęcimski <input type="checkbox"/> proszowicki <input type="checkbox"/> tarnowski <input type="checkbox"/> tatrzański <input type="checkbox"/> wadowicki
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <i>(należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (ponad 12 miesięcy)
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/> NIE

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego (należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących - w którym żadna z osób nie pracuje; wszyscy członkowie rodziny są bezrobotni albo bierni zawodowo.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba pozostająca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym); b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; c) zwolniona z zakładu karnego; d) osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w): <ul style="list-style-type: none"> • ubóstwa; • sieroctwa; • długotrwałej lub ciężkiej choroby; • przemocy w rodzinie; • potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; • potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; • trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy 	<input type="checkbox"/> TAK – proszę zakreślić odpowiednie obok <input type="checkbox"/> NIE



Lider projektu:



Siedziba: 62-006 Kobylnica, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Naramowicka 172
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777 323 81 50 | REGON 302700614 | KRS 0000499852

Partner projektu:



Wielkopolskie Stowarzyszenie
na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich
WSnRROW

udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <ul style="list-style-type: none">• trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;• zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,• klęski żywiołowej lub ekologicznej. bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	
Osoba pochodząca z obszarów wiejskich	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji <i>(wypełnia Pracownik projektu zgodnie z SL2014)</i>	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3 <i>(zaznaczyć wiersz powyżej)</i>

Strona | 3

Opieka nad osobą zależną, w tym:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
a) Dzieckiem do 7 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) Inną osobą połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem lub pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Przynależność do grupy docelowej – oświadczam, że:	
a) Mam miejsce zamieszkania na terenie woj. małopolskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) Jestem osobą bezrobotną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c) Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
e) Ukończyłem/am 30 rok życia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
f) Posiadam wykształcenie na poziomie podstawowym, gimnazjalnym, zawodowym, średnim (liceum, technikum)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Lider projektu:



Siedziba: 62-006 Kobylnica, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Naramowicka 172
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777 323 81 50 | REGON 302700614 | KRS 0000499852

Partner projektu:



Wielkopolskie Stowarzyszenie
na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich
WSnRROW

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

Strona | 4

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „**Wbrew barierom**” realizowanym w ramach RPO MW 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII, Działanie 8.2 Aktywizacja zawodowa” przez Fundację AKME w okresie od 01.06.2016 do 30.11.2017 r.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „**Wbrew barierom**” i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że dane zawarte w dokumencie „FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY FIZYCZNEJ DO PROJEKTU Wbrew barierom” są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w projekcie, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do prowadzenia ewaluacji i monitoringu projektu „Wbrew barierom” (zgodnie z art. 23, ust. 1, pkt.1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. 2015, poz. 2135)
6. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Wbrew barierom” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
7. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu drogą telefoniczną i/lub elektroniczną e-mail.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny





OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „**Wbrew barierom**” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020” jest Zarząd Województwa Małopolskiego stanowiący Instytucję Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020 z siedzibą w Krakowie przy ul. Basztowej 22, 31-156 Kraków, adres do korespondencji ul. Raclawicka 56, 30-017 Kraków
2. Administratorem moich danych osobowych przetwarzanych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest minister właściwy ds. rozwoju z siedzibą w Warszawie przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.
3. Podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2015, poz. 2135) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020;
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
4. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „**Wbrew barierom**”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014- 2020 (RPO WM).



Lider projektu:



Siedziba: 62-006 Kobylnica, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Naramowicka 172
tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777 323 81 50 | REGON 302700614 | KRS 0000499852

Partner projektu:



Wielkopolskie Stowarzyszenie
na Rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich
WSnRROW

5. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej-Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Plac na Stawach 1, 30-107 Kraków, Beneficjentowi realizującemu projekt – Fundacji AKME z siedzibą w Bogucinie, ul. Grzybowa 4, 62-006 Kobylnica, podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Powierzającego, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WM 2014-2020.
6. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
7. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
8. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
9. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

Strona | 6

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



MAŁOPOLSKA

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

