**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DO PROJEKTU „Aktywni mimo barier”**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | **„Aktywni mimo barier”** |
| Nr projektu: | RPLD.09.01.01-10-B044/19 |
| Nazwa i numer Osi Priorytetowej: | 9. Włączenie społeczne |
| Nazwa i numer Działania: | 9.1. Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym  |
| Nazwa i numer Poddziałania: | 9.1.1. Aktywizacja społeczno-zawodowa odób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |

|  |
| --- |
| **Dane podstawowe Uczestnika/czki (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć | 🞏 kobieta 🞏 mężczyzna |
| Wykształcenie | 🞏 brak 🞏 podstawowe 🞏gimnazjalne 🞏 ponadgimnazjalne 🞏 policealne 🞏wyższe  |
| Dane kontaktowe |
| Kraj | POLSKA |
| Województwo | ŁÓDŹ |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Numer budynku |  |
| Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

|  |
| --- |
| **Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu** |
| Osoba pozostająca bez pracy powyżej 18 r.ż. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| w tym | 🞏 osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy *(należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)* 🞏 osoba długotrwale bezrobotna (*ponad 12 miesięcy)*🞏 osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy *(należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)* |
| Osoba bierna zawodowo | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| w tym | 🞏 osoba ucząca się 🞏 inne🞏 osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  |

|  |
| --- |
| **Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 Odmawiam podania informacji  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, *w tymm.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych* | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami (*należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)* | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 Odmawiam podania informacji  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 Odmawiam podania informacji  |
| Osoba pochodząca z obszarów wiejskich | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji *(wypełnia pracownik projektu wprowadzający dane do systemu teleinformatycznego SL2014)* | 🞏 DEGURBA 1🞏 DEGURBA 2🞏 DEGURBA 3  |

|  |  |
| --- | --- |
| Opieka nad osobą zależną, w tym: | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 1. Dzieckiem do 7 roku życia
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 1. Inną osobą połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem lub pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |

|  |
| --- |
| **Przynależność do grupy docelowej** – oświadczam, że: |
| 1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 1. Mam miejsce zamieszkania na terenie województwa łódzkiego
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 1. Jestem osobą bierną zawodowo
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 1. Jestem osobą bezrobotną
 | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| 1. Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu *(jeśli dotyczy należy załączyć orzeczenie:)*

 - lekkim - umiarkowanym - znacznym - niepełnosprawność sprzężona - niepełnosprawność intelektualna  - ON z zaburzeniami psychicznymi | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE |
| 1. Korzystam z PO PŻ
 | 🞏 TAK 🞏 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