**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Projektu **„Lepsze jutro RPDS.09.01.01-02-0094/20**

współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Fundację AKME w partnerstwie z Fundacją Ukryte Marzenia

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU - PROSIMY O WYPEŁNIENIE WYŁĄCZNIE BIAŁYCH PÓL** |
| **1. Imię (imiona) I nazwisko** |  |
| **2. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3. Data urodzenia** |  |
| **4. Płeć** |  Kobieta  Mężczyzna | **5. Wiek** | **.................……………… lat** |
| **6. Adres zamieszkania** | Województwo: |
| Powiat: |
| Gmina: |
| Miejscowość: |
| Obszar:  Miasto  Wieś |
| Ulica: nr budynku: nr lokalu: |
| Kod pocztowy |
| **7. Telefon kontaktowy** |  |
| **8. E-mail** |  |
| **9. Wykształcenie** |  Brak (brak formalnego wykształcenia) |
|  Podstawowe |
|  Gimnazjalne |
|  Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) |
|  Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie **nie jest wykształceniem wyższym**) |
|  Wyższe |
|  W trakcie studiów w trybie zaocznym lub wieczorowym |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **10. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |  Osoba bezrobotna **zarejestrowana** w ewidencji urzędu pracy,  Osoba bezrobotna **niezarejestrowana** w ewidencji urzędu pracy W tym długotrwale bezrobotna:TAK  NIE***(definicja osoby długotrwale bezrobotnej):***- bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (w przypadku osób poniżej 25 roku życia), - bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia osoba bierna zawodowo, w tym: oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy osobą ubogą pracującą w tym oświadczam, że jestem osobą pracującą, zatrudnioną na podstawie:□ umowy o pracę krótkoterminową □ umowy zlecenie □ umowy o dzieło • Inne…………………………………………………………………………..**Nazwa firmy i adres miejsca zatrudnienia:**

|  |
| --- |
|  |

 **Wykonywany zawód:**

|  |
| --- |
|  |

 **(definicja osoby ubogiej pracującej)** – osoba, której zarobki nie przekraczają płacy minimalnej (ustalanej na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę) lub osoba zamieszkująca w gospodarstwie domowym, w którym dochody (z wyłączeniem transferów socjalnych), przypadające na jedną osobę, nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu.Od dnia 1 października 2018 r.kryterium dochodowe dla osoby w rodzinie wynosi 528 zł, natomiast dla osoby samotnie gospodarującej 701 zł. os. lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, os. o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym os. z niepełnosprawnością intelektualną i os. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych),os. zagrożone ubóstwem wykluczeniem społecznym oraz środowiska lub lokalne społeczności zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, os. lub rodziny korzystające z PO PŻ2014-2020 **+ 15 pkt.** osoby zamieszkujące obszary objęte programami rewitalizacji **+ 13 pkt.** opiekunowie rodzin wielodzietnych/rodzin niepełnych , osoby o niskich kwalifikacjach zaw. I niżej; os. powyżej 50 roku życia **+ 10 pkt.**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **10a. Kryteria premiujące -****(**należy zaznaczyć grupę, do której Państwo należą) **jeśli dotyczy** |  os. lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, os. o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym os. z niepełnosprawnością intelektualną i os. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych),os. zagrożone ubóstwem wykluczeniem społecznym oraz środowiska lub lokalne społeczności zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, os. lub rodziny korzystające z PO PŻ2014-2020 **+ 15 pkt.** osoby zamieszkujące obszary objęte programami rewitalizacji **+ 13 pkt.** opiekunowie rodzin wielodzietnych/rodzin niepełnych , osoby o niskich kwalifikacjach zawodowych, osoby powyżej 50 roku życia, osoby bierne zawodowo **+ 10 pkt.**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **11. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzeniaTAK  NIE  ODMOWA PODANIA DANYCHosoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK  NIEOsoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa TAK  NIEOsoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej TAK  NIE  ODMOWA PODANIA DANYCH |
| **12. Oświadczenia Uczestnika**  | **Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności**TAK  NIE  ODMOWA PODANIA DANYCH**Jeżeli tak, proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności**  osoba z orzeczonym **lekkim** stopniem niepełnosprawności osoba z orzeczonym **umiarkowanym** stopniem niepełnosprawności osoba z orzeczonym **znacznym** stopniem niepełnosprawności **Oświadczam, że jestem** osobą z **niepełnosprawnościami sprzężonymi** i/lub niepełnosprawnością intelektualną  TAK  NIE **Oświadczam, że jestem** osobą z zaburzeniami psychicznymi lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  TAK  NIE **Oświadczam, że jestem** osobą/członkiem z rodziny spełniającej/ą przesłankę ubóstwa lub osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020 TAK  NIE TAK  NIE |
| **13. Oświadczenie** | Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez **Fundację AKME z siedzibą przy ul. Wachowiaka 8a, Kod pocztowy: 60-681 Poznań, NIP: 7773238150, REGON: 302700614** moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w celu wzięcia udziału w postępowaniu rekrutacyjnym na potrzeby stwierdzenia kwalifikowalności udziału w projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego na lata 2014-2020. Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), RODO.Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem z pomocy społecznejOświadczam, że jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanychOświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin rekrutacji i warunków uczestnictwa. |
| **14. Czy posiada Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające bezpośrednio z niepełnosprawności** | Tak (jakie): …………………………………………………………………………………………………………………Nie |
| **15. Czy posiada Pan/Pani specjalne potrzeby nie wynikające bezpośrednio z niepełnosprawności** | Tak (jakie):………………………………………………………………………………………………………………Nie |
| **16. Data i miejsce sporządzenia**  **Formularza** |  |
| **17. Podpis Uczestnika** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **18. Poziom przyznanego wsparcia** |  ­ Opracowanie indywidualnych ścieżek reintegracji przez psychologa przy współpracy z doradcą zawodowym Szkolenie dotyczące rozwoju kompetencji kluczowych: społecznych Wsparcie pracownika socjalnego Wsparcie trenera zatrudnienia Indywidualne poradnictwo psychologiczne Poradnictwo prawneStaż zawodowySzkolenia zawodowePośrednictwo pracy |
| **19. Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji***(wypełnia pracownik projektu wprowadzający dane do systemu teleinformatycznego)* | DEGURBA 1DEGURBA 2DEGURBA 3 |
| **20. Data rozpoczęcia udziału w projekcie**(*należy* *wpisać datę pierwszego wsparcia)* | ......................................................................................... |
| **21. Data zakończenia udziału w projekcie** (n*ależy wpisać ostatni dzień danej osoby w projekcie)* | ......................................................................................... |
| **22. Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** |  Tak  Nie |
| **23. Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia** (*należy wypełnić na podstawie deklaracji uczestnika bądź informacji posiadanych przez projektodawcę)* |  Podjęcie zatrudnienia Podjęcie nauki Inne, jakie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |