KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt „**Opiekun – Twój nowy zawód**"
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

ID uczestnika/-czki
(wypełnia Realizator Projektu)

PROJEKT: **„Opiekun – Twój nowy zawód"**

PODDZIAŁANIE 7.2.1. PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI: „Aktywizacja zawodowa i społeczna osób zagrożonych wykluczeniem społecznym"

DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI

Nazwisko

Imię

PESEL

Wiek w chwili przystępowania do projektu

Kobieta

Mężczyzna

Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną

DANE KONTAKTOWE

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy –

Obszar zamieszkania: **Wiejski** **Miejski**

Miejscowość

Powiat

Województwo

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

DANE DODATKOWE

Wykształcenie (Wstaw X przy właściwej odpowiedzi):

Brak		**Ponadgimnazjalne**[1]	
Podstawowe		**Pomaturalne**[2]	
Gimnazjalne		**Wyższe**	

Stopień niepełnosprawności (Wstaw X przy właściwej odpowiedzi):

Lekki	
Umiarkowany	
Znaczny	

[1] Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe).
[2] Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.

Biuro Projektu:
Polski Związek Niewidomych Okręg Kujawsko-Pomorski
ul. Powstańców Wielkopolskich 33, 85-090 Bydgoszcz
tel./fax: 52 341 32 81

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

Bezrobotny[3]:		**Tak**
		Nie
w tym:		Osoba długotrwale bezrobotna
Nieaktywny zawodowo[4]:		**Tak**
		Nie
w tym		Osoba ucząca się , kształcąca
Zatrudniony:		**Tak**
		Nie
w tym		Rolnik
		Samo zatrudniony
		Zatrudniony w mikro przedsiębiorstwie
		Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie
		Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie
		Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie
		Zatrudniony w administracji publicznej

Uprzedzony/-a o odpowiedzialności z powództwa cywilnego za składania oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że zawarte informacje są zgodne z prawdą[5]

_____ _____

MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU

			TAK	NIE
Rodzaj przyznanego wsparcia:	□ Doradztwo □ Poradnictwo zawodowe □ Praca socjalna □ Staże/praktyki/przygotowanie zawodowe □ Szkolenia/warsztaty/kursy □ Zatrudnienie socjalne □ Zatrudnienie subsydiowane □ Inne	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki 2007-2013 /zatwierdzonym do realizacji Planem Działania/ zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie		
		Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej		
		Fakt bycia migrantem		
Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną ścieżką:	□ *TAK* □ *NIE*	Fakt bycia osobą niepełnosprawną		
Fakt bycia osobą niepełnosprawną przez uczestnika/uczestniczkę zweryfikowano na podstawie przedłożonego orzeczenia nr/kod[6]		Data i podpis osoby dokonującej weryfikacji:		
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:		Data zakończenia udziału w projekcie:		

[3] Osoba niezatrudniona, zdolna i gotowa do podjęcia pracy, zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako bezrobotna lub poszukująca pracy, nieucząca się w szkole.

[4] Osoba w wieku 18-64, niezatrudniona, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni (np. niezdolni do pracy, uczący się).

[5] Uczestnik/uczestniczka projektu ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. W związku z tym, w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą Realizatorowi Projektu przysługuje roszczenie w drodze powództwa cywilnego.

[6] Wpisać kod niepełnosprawności według orzeczenia.

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do Projektu **„Opiekun – Twój nowy zawód"** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1) administratorem moich danych osobowych jest Minister Infrastruktury i Rozwoju pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, mający siedzibę przy ul. Wiejskiej 2/4, 00-926 Warszawa;

2) 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.) - dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki,

3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu **„Opiekun – Twój nowy zawód"**, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL),

4) moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej - Regionalnemu Ośrodkowi Polityki Społecznej w Toruniu, Beneficjentowi realizującemu projekt – Liderowi Partnerstwa - Polskiemu Związkowi Niewidomych Okręg Kujawsko-Pomorski, z siedzibą przy ul. Powstańców Wlkp. 33, 85-090 Bydgoszcz, Partnerowi – Oddziałowi Kujawsko-Pomorskiemu Polskiego Związku Głuchych, z siedzibą przy ulicy Bernardyńskiej 3, 85-029 Bydgoszcz oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu.

Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL, Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta badania ewaluacyjne w ramach POKL oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej POKL lub Instytucji Wdrażającej/Instytucji Pośredniczącej kontrole w ramach POKL;

5) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;

6) mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

_____ _____

DATA I MIEJSCOWOŚĆ **CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI

1. Oświadczam, że spełniam poniższe warunki (zaznacz właściwe):

   □ jestem osobą niezatrudnioną:

   □ a) bezrobotną[7] □ b) nieaktywną zawodowo[8]

   □ jestem osobą w wieku aktywności zawodowej (18-64 lata),

   □ zamieszkuję teren województwa kujawsko - pomorskiego,

2. Oświadczam, że jestem: zagrożony/a wykluczeniem społecznym z powodu[9] (zaznacz właściwe):

	1. ubóstwa;
	2. sieroctwa;
	3. bezdomności;
	4. bezrobocia;
	5. niepełnosprawności;
	6. długotrwałej lub ciężkiej choroby;
	7. przemocy w rodzinie;
	8. potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
	9. bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
	10. braku umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej placówki opiekuńczo-wychowawcze;
	11. trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy;
	12. trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
	13. alkoholizmu lub narkomanii;
	14. zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
	15. klęski żywiołowej lub ekologicznej.

3. Oświadczam, że **nie jestem** uczniem (słuchaczem) szkoły dziennej, studentem studiów dziennych oraz nie jestem ubezpieczony/-a w KRUS.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności z powództwa cywilnego za składania oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Oświadczam, że zawarte informacje są zgodne z prawdą

_____ _____

MIEJSCOWOŚĆ I DATA **CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

[7] Osoba niezatrudniona, zdolna i gotowa do podjęcia pracy, zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako bezrobotna.

[8] Osoba w wieku 18-64, niezatrudniona, która jednocześnie nie zalicza się do kategorii bezrobotni (np. niezdolni do pracy, uczący się).

[9] Zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004 r. Nr 64 poz. 593 z późn. zm.).

Projekt „**Opiekun – Twój nowy zawód**"
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

OŚWIADCZENIE DO CELÓW PODATKOWYCH

Nazwisko i imiona .....

Nazwisko rodowe..... **Obywatelstwo**.....

Adres zameldowania.....

PESEL.....

Data urodzenia..... **Miejsce urodzenia**.....

Dowód osobisty (seria i numer).....

Numer telefonu.....

Proszę o przekazywanie należności na rachunek bankowy o numerze:

.....

Stopień niepełnosprawność: .....

Oddział NFZ:

.....

***Oświadczam, że:**

☐ jestem bezrobotnym/a,

☐ jestem osobą nieaktywną zawodowo,

☐ jestem emerytem/rencistą, nr świadczenia emerytalnego/rentowego:

.....

****OŚWIADCZAM, ŻE W PRZYPADKU ZAISTNIENIA JAKICHKOLWIEK ZMIAN W INFORMACJACH ZAWARTYCH W POWYŻSZYM OŚWIADCZENIU, POWIADOMIĘ O TYM FAKCIE POLSKI ZWIĄZEK NIEWIDOMYCH OKRĘG KUJAWSKO-POMORSKI W NIEPRZEKRACZALNYM TERMINIE 7 DNI OD DNIA ZAISTNIENIA ZMIANY***

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Związek Niewidomych Okręg Kujawsko-Pomorski (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych- Dz. U. Nr 101 z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami)- w celach podatkowych.

_____ _____

MIEJSCOWOŚĆ I DATA **CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

Biuro Projektu:
Polski Związek Niewidomych Okręg Kujawsko-Pomorski
ul. Powstańców Wielkopolskich 33, 85-090 Bydgoszcz
tel./fax: 52 341 32 81

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA INFORMOWANIE NT. FORMY I PODSTAWY ZATRUDNIENIA

Ja, …….
(imię i nazwisko)

Niniejszym oświadczam,

iż przystępując do projektu „Opiekun – Twój nowy zawód", zobowiązuję się **w trakcie realizacji projektu, tj. 01.08.2014 do 30.09.2015**, informować Polski Związek Niewidomych Okręg Kujawsko-Pomorski o fakcie podjęcia zatrudnienia (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej) lub założenia działalności gospodarczej, jego formie i podstawie oraz dostarczyć:

a) w przypadku osób, które podjęły zatrudnienie, zaświadczenie z miejsca zatrudnienia oraz kserokopia umowy, które będą potwierdzały, że w okresie realizacji projektu i/lub 3 miesiące po jego zakończeniu, tj. do 31.12.2015 ., kontynuowano zatrudnienie przez okres co najmniej 3 miesięcy oraz, że wysokość otrzymywanego wynagrodzenia jest równa lub wyższa od minimalnego wynagrodzenia brutto obowiązującego na dzień rozpoczęcia realizacji projektu, tj. 1680,00 złotych brutto, lub

b) w przypadku osób, które założyły działalność gospodarczą – wypis z rejestru ewidencji gospodarczej, a po 3 miesiącach od założenia działalności - wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

W przypadku, kiedy okres wymaganych 3 miesięcy zatrudnienia przypadnie również na czas po zakończeniu projektu[10], zobowiązuję się w okresie do 3 miesięcy od daty zatrudnienia dostarczyć do Polskiego Związku Niewidomych Okręg Kujawsko-Pomorski odpowiednie zaświadczenia.

_____	_____
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU**

[10] Dotyczy sytuacji, gdy osoba podjęła zatrudnienie w trakcie realizacji projektu, trwało ono również w ciągu 3 miesięcy po zakończeniu projektu.