



FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

NAZWA BENEFICJENTA:
GMINA I MIASTO NOWE SKALMIERZYCE
TYTUŁ PROJEKTU:
Wyrównanie szans edukacyjnych i podniesienie kompetencji przez uczniów z 7 Gmin Powiatu Ostrowskiego
NR PROJEKTU:
FEWP.06.08-IZ.00-0017/24

RODZAJ UCZESTNIKA	INDYWIDUALNY	PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU
NAZWA PODMIOTU (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu)		
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE (za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia)		

DANE UCZESTNIKA											
IMIĘ											
NAZWISKO											
PESEL/INNY IDENTYFIKATOR											
PŁEĆ	MĘŻCZYZNA		KOBIETA		WIEK (w chwili przystąpienia do projektu)						
WYKSZTAŁCENIE:	ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)										
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)										
	WYŻSZE (ISCED 5–8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)										
PLANOWANA DATA ZAKOŃCZENIA EDUKACJI W PLACÓWCE EDUKACYJNEJ, W KTÓREJ SKORZYSTANO ZE WSPARCIA											
DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)											
IMIĘ											
NAZWISKO											



DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR BUDYNKU	
NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU					
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK		NIE		
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK		NIE		
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI	NIE	
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające	TAK		NIE		



niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.					
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE

SZCZEGÓŁY WSPARCIA		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)		
OSOBA BIERNA ZAWODOWO		
tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną		
W TYM	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU	
W TYM	OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
W TYM	INNE	
OSOBA BEZROBOTNA		
- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
OSOBA PRACUJĄCA		
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ	



SZCZEGÓŁY WSPARCIA		
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ	
W TYM	INNE	

Informacja o specjalnych potrzebach w kontekście dostępności do udziału w realizowanym Projekcie (w przypadku braku potrzeb prosimy o wpisanie „Brak”)	
1. Zapewnienie tłumacza polskiego języka migowego	☐ Tak ☐ Nie
2. Zapewnienie tłumacza systemu językowo-migowego (SJM)	☐ Tak ☐ Nie
3. Zapewnienie tłumacza Systemu Komunikacji Osób Głuchoniewidomych (SKOGN)	☐ Tak ☐ Nie
4. Zapewnienie alternatywnej wersji dokumentu pisanego alfabetem Braille’a	☐ Tak ☐ Nie
5. Przygotowanie materiałów informacyjnych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa	☐ Tak ☐ Nie
6. Zapewnienie pętli indukcyjnej	☐ Tak ☐ Nie
7. Wsparcie asystenta osoby niewidomej	



Informacja o specjalnych potrzebach w kontekście dostępności do udziału w realizowanym Projekcie (w przypadku braku potrzeb prosimy o wpisanie „Brak”)

☐ Tak

☐ Nie

8. Wsparcie asystenta osoby głuchoniewidomej

☐ Tak

☐ Nie

9. Wsparcie asystenta osoby z niepełnosprawnością fizyczną

☐ Tak

☐ Nie

10. Zapewnienie dostępności architektonicznej (np. pochylnia, winda)

☐ Tak

☐ Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak” proszę poniżej wskazać o jaką dostępność architektoniczną chodzi:

.....

11. Specjalne potrzeby żywieniowe

☐ Tak

☐ Nie

12. Zapewnienie warunków dla psa asystującego

☐ Tak

☐ Nie

13. Inne

☐ Tak

☐ Nie

W przypadku zaznaczenia „Tak” proszę poniżej wymienić potrzeby:

.....

.....

.....

.....

.....

Preferowana forma kontaktu (telefon, email, sms):

.....



Oświadczenia:

- 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.

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu
(w przypadku osób niepełnoletnich wymagany
jest podpis przedstawiciela ustawowego)

- Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu
(w przypadku osób niepełnoletnich wymagany
jest podpis przedstawiciela ustawowego)

- Oświadczam, że zostałem/-am pouczony/-a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Zawarte w niniejszym formularzu informacje są zgodne z prawdą oraz stanem faktycznym. Ponadto nie byłem/-am karany/-a za przestępstwa popełnione umyślnie ścigane z oskarżenia publicznego i przestępstwa skarbowe popełnione umyślnie oraz nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu
(w przypadku osób niepełnoletnich wymagany
jest podpis przedstawiciela ustawowego)

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z *Regulaminem uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.*

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu
(w przypadku osób niepełnoletnich wymagany
jest podpis przedstawiciela ustawowego)



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)

.....
Data i czytelny podpis uczestnika projektu
(w przypadku osób niepełnoletnich wymagany
jest podpis przedstawiciela ustawowego)

Załączniki dostarczane przez kandydata:

- 1) **Zaświadczenie ze szkoły potwierdzające uczęszczanie dziecka do szkoły** (dotyczy uczniów - dzieci w wieku szkolnym)
- 2) **Kserokopia urzędowego orzeczenia o niepełnosprawności** (dotyczy osób z niepełnosprawnością)
- 3) **Opinia/orzeczenie o specjalnych potrzebach edukacyjnych** (dotyczy uczniów - dzieci w wieku szkolnym w przypadku posiadania takiej opinii/orzeczenia)
- 4) **Zaświadczenie o zatrudnieniu w szkole objętej wsparciem** (dotyczy nauczycieli)
- 5) **Pozytywna opinia dyrektora szkoły dotycząca potrzeby w zakresie udziału w formie doskonalenia zawodowego** (dotyczy nauczycieli – w przypadku posiadania takiej opinii)

Kandydat/ka spełnia/nie spełnia* wstępne kryteria uczestnictwa w projekcie

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis osoby weryfikującej formularz

* właściwie zakreślić