



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

dla kandydatów do udziału w projekcie

### CZĘŚĆ - A - DANE WSPÓLNE

Lp.	Nazwa:	Dane:
1	Nazwa Beneficjanta	Powiat Gliwicki
2	Tytuł projektu	<b>„WSPARCIE NA STARCIE”</b>
3	Nr projektu	WND-RPSL.09.01.06-24-0689/17-002
4	Priorytet	IX
5	Działanie	9.1
6	Poddziałanie	9.1.6

### CZĘŚĆ - B - DANE OSOBOWE

Lp.	Zakres danych:	Dane:
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Nr PESEL lub brak	
4	Płeć (Kobieta lub Mężczyzna)	
5	Data urodzenia	
6	Ukończony Wiek	
7	Obywatelstwo	
8	Kraj zamieszkania	
9	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b> - w rozumieniu Kodeksu cywilnego*	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Gmina	
	Powiat	
	Kod pocztowy	
	Obszar (miejski lub wiejski)	

\*Zgodnie z art. 25 k.c. „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”

Art. 26 § 1. „Miejscem zamieszkania dziecka pozostającego pod władzą rodzicielską jest miejsce zamieszkania rodziców, albo tego z rodziców, któremu wyłącznie przysługuje władza rodzicielska lub któremu zostało powierzony wykonywanie władzy rodzicielskiej. § 2 Jeżeli władza rodzicielska przysługuje na równi obojgu rodzicom mającym osobne miejsce zamieszkania, miejsce zamieszkania dziecka jest u tego z rodziców, u którego dziecko stale przebywa. Jeżeli dziecko nie przebywa stale u żadnego z rodziców, jego miejsce zamieszkania określa sąd opiekuńczy.”

Art. 27 „Miejscem zamieszkania osoby pozostającej pod opieką jest miejsce zamieszkania opiekuna.”

Art. 28 „Można mieć tylko jedno miejsce zamieszkania.”



10	Telefon kontaktowy	stacjonarny: (32) .....	komórkowy: +48 .....
11	Adres e-mail		
12	<b>Oświadczam, że jestem powiązana/y z obszarem Powiatu Gliwickiego (proszę określić w jaki sposób jest Pan/Pani powiązany z danym obszarem)</b>		
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>			
KWALIFIKACJA DO JEDNEJ Z GRUP DOCELOWYCH			
Lp.	Oświadczam, że kwalifikuję się do grupy:	Dane:	
13	osób o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14	osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu <b>WIECEJ NIŻ JEDNEJ</b> z przesłanek, tj.:		
14.1	osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.2	osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.3	osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej,	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.4	osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



14.5	osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r., poz. 2198, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.6	osoby z niepełnosprawnościami – osoby z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.7	członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.8	osoby niesamodzielne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.9	osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.10	Osoby odbywające kary pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
14.11	Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
15	Osoby lub rodzin korzystających z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa, pod warunkiem, że zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

STATUS NA RYNKU PRACY			
16	<b>Bezrobotny zarejestrowany w Powiatowym Urzędzie Pracy:</b> <b><u>Jeśli TAK:</u></b>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Proszę podać okres rejestracji z co najmniej 24 ostatnich miesięcy		
	Proszę podać nr przydzielonego profilu przez PUP (od I do III)		
16.1	W tym długotrwale bezrobotny/a ( w okresie ostatnich 24 miesięcy pozostawał/a w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez minimum 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
17	<b>Nieaktywny zawodowo</b> (nie pozostaje w rejestrze powiatowego urzędu pracy)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
17.1	W tym uczący/a się lub kształcący/a	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
18	Jestem zatrudniony/a	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
18.1	Gdzie?		



DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE			
19.	Czy posiada Pan/Pani doświadczenie zawodowe. Jeśli tak proszę opisać jakie?	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
19.1	Opis doświadczenia zawodowego: ..... ..... .....		
WYKSZTAŁCENIE			
Lp.	Nazwa:	Dane:	
20	<b>Brak</b> <i>Brak formalnego wykształcenia</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
21	<b>Podstawowe</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
22	<b>Gimnazjalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
23	<b>Ponadgimnazjalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
24	<b>Pomaturalne</b> <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
25	<b>Wykształcenie Wyższe</b> <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym</i>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Z jakich form wsparcia chciałby Pan/chciałaby Pani skorzystać w ramach projektu?			
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....			



1. Niniejszym oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „WSPARCIE NA STARCIE” o nr identyfikacyjnym: WND-RPSL.09.01.06-24-0689/17-002.

2. Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i zostałem pouczone o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy, zgodnie z treścią art. 233 § 1 kodeksu karnego (Dz. U. 2017. 2204. z późn. zm.). Ponadto zostałem pouczone, iż mam prawo do dostępu do treści swoich danych i możliwość ich poprawienia, w sytuacji, kiedy zajdzie taka konieczność.

3. Niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.

4. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. Nr 922, ze zm.).

.....  
Data wypełnienia

.....  
Podpis kandydata lub opiekuna  
prawnego/faktycznego\*

W załączeniu przedkładam:

1. ....
2. ....
3. ....

\*W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego/faktycznego