

Formularz zgłoszeniowy

Tytuł projektu	Akademia Zdrowej Rodziny
Numer projektu	RPWM.11.02.03-28-0013/18
Nazwa i nr Osi Priorytetowej	RPWM.11.Włączenie społeczne
Działanie	RPWM.11.2 "Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym"
Poddziałanie	RPWM.11.2.3 Ułatwienie dostępu do usług społecznych, w tym integracja ze środowiskiem lokalnym
Realizator projektu	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Sorkwicach, 11-731 Sorkwity, ul. Olsztyńska 16A www: gopssorkwity.idsl.pl
Projekt realizowany zgodnie z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn	

I. Dane personalne Kandydata/Kandydatki – prosimy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami

Imię:	
Nazwisko:	
Płeć:	
Wiek:	
Data i miejsce urodzenia:	
PESEL:	
Adres zamieszkania:	
Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. Adres ten powinien umożliwić kontakt w przypadku zakwalifikowania do projektu.	
- Ulica:	
- Nr domu:	
- Nr lokalu:	
- Kod pocztowy:	
- Gmina:	
- Powiat:	
- Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	

Wykształcenie: prosimy zaznaczyć znakiem "x"	
<input type="radio"/> ISCED 0	Brak formalnego wykształcenia
<input type="radio"/> ISCED 1	Szkoła podstawowa
<input type="radio"/> ISCED 2	Gimnazjum
<input type="radio"/> ISCED 3	Liceum, Technikum, Zasadnicza szkoła zawodowa - ponadgimnazjalne
<input type="radio"/> ISCED 4	Szkoły policealne
<input type="radio"/> ISCED 5-8	Wykształcenie wyższe

II. Status na rynku pracy Kandydata/Kandydatki – prosimy zaznaczyć znakiem „x”

<input type="radio"/>	<p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów</p> <p>Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne.</p>
<input type="radio"/>	<p>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p> <p>Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), należy wykazywać jako osoby bezrobotne.</p>
<input type="radio"/>	<p>Osoba bezrobotna długotrwale</p> <p>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy). - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy)
<input type="radio"/>	<p>Osoba bierna zawodowo</p> <p>To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny) nie są uznawane za bierne zawodowo.</p>

○	Osoba pracująca podać wykonywany zawód oraz nazwę i adres pracodawcy
---	--

III. Status rodzinny Kandydata/Kandydatki

Rodzina wielodzietna z minimum 3 dzieci	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Dezaktywacja zawodowa rodziców związana z wychowywaniem niepełnosprawnego dziecka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Nie dotyczy

IV. Informacje dodatkowe – prosimy zaznaczyć znakiem „X”

Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Niepełnosprawność</p> <p>Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia</p> <p>Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.</p>	<input type="checkbox"/> TAK - należy dołączyć orzeczenie <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych Stopień: <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny Rodzaj: <input type="checkbox"/> Sprzężona, intelektualna lub zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> Całościowe zaburzenia rozwojowe <input type="checkbox"/> Inna
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej np. (np. osoba nieposiadająca wykształcenia podstawowego, zamieszkująca obszar wiejski, byli więźniowie, osoba uzależniona itp.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych
Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia świadczeniami pomocy społecznej z minimum jednej przesłanki artykułu 7 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia świadczeniami pomocy społecznej z więcej niż jedna przesłanka art. 7 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba stanowiąca otoczenie osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym będącej Uczestnikiem projektu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Rodzaj wsparcia

Oświadczenia Kandydata/Kandydatki:

- Spełniam wszystkie wymogi formalne określone w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie „Akademia Zdrowej Rodziny”
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami udziału w projekcie „Akademia Zdrowej Rodziny” zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuje warunki Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020
- Zostałem/am poinformowany/a, że wsparcie projektu może odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją projektu „Akademia Zdrowej Rodziny” zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).
- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia projektowego, równocześnie zobowiązuje się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa niezwłocznie informuję o tym fakcie Realizatora Projektu.
- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis
Kandydata/Kandydatki
Rodzica lub Opiekuna prawnego



Rzeczpospolita
Polska



Zdrowe życie, czysty zysk

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

