

**Formularz zgłoszeniowy do projektu****„PracujeMY w ZAZ w Jarosławiu”**

Projekt realizowany jest przez Polskie Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelektualną Koło w Jarosławiu współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2021-2027

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

Lp.	Dane personalne			
1.	Imię / Imiona			
2.	Nazwisko			
3.	Data urodzenia			
4.	Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna	
5.	Telefon kontaktowy, adres e – mail			
	Adres zamieszkania			
6.	A	Miejscowość		
	B	Rodzaj miejscowości	☐ Miasto ☐ Wieś	
	C	Ulica, nr domu / lokalu		
	D	Kod pocztowy		
	E	Województwo		
	F	Powiat		
	G	Gmina		

II. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

1.	Wykształcenie <i>(proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)</i>		Brak
		☐	Podstawowe
		☐	Gimnazjalne
		☐	Ponadgimnazjalne
		☐	Średnie
		☐	Policealne
		☐	Wyższe



2.	Status na rynku pracy (<i>proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź</i>)	Osoba bezrobotna (bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędów pracy), w załączeniu wymagane zaświadczenie z PUP	
		Osoba długotrwale bezrobotna ¹ (długotrwale bezrobotny zarejestrowany w urzędach pracy), w załączeniu wymagane zaświadczenie z PUP	
		Osoba bezrobotna (niezarejestrowana jako bezrobotna lub poszukująca pracy w publicznych służbach zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia)	
		Osoba bierna zawodowo	
		Osoba pracująca	
3.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (<i>proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź</i>)	Niepełnosprawność w stopniu lekkim	
		Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym	
		Niepełnosprawność w stopniu znacznym	
		Symbol przyczyny niepełnosprawności: Data ważności orzeczenia:.....	
4.	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności	☐ TAK W załączeniu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/ zaświadczenie lekarskie	☐ NIE
5.	Osoba, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia	☐ TAK W załączeniu zaświadczenie od właściwej instytucji, potwierdzające przesłankę wykluczenia, oświadczenie	☐ NIE
6.	Osoba, korzystająca z Programu FE PŻ	☐ TAK w załączeniu wymagane zaświadczenie o korzystaniu z FE PŻ, oświadczenie	☐ NIE
7.	Osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej	☐ TAK w załączeniu wymagane zaświadczenie o opuszczeniu placówki	☐ NIE

¹ osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze PUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych



8.	Osoba opuszczająca jednostki opieki penitencjarnej w terminie ostatnich 12 miesięcy	☐ TAK w załączeniu wymagane zaświadczenie o opuszczeniu jednostki		☐ NIE
9.	Osoba, potwierdza brak korzystania z rodzajowo tożsamego wsparcia, występującego w tym samym czasie w innych projektach realizowanych w ramach EFS Plus	☐ TAK w załączeniu oświadczenie		☐ NIE w załączeniu oświadczenie
10.	W zakresie dojazdu do miejsca pracy i z powrotem, oświadczam że;	☐ samodzielnie (pieszo/transportem własnym/komunikacją transportu publicznego PKS/MKS dotrę do miejsca pracy i z powrotem z miejsca pracy do miejsca mojego zamieszkania		☐ skorzystam z dowozu zapewnionego przez Wnioskodawcę do miejsca pracy i z powrotem miejsca pracy do miejsca zamieszkania
11.	Ubezważnowolnienie (<i>proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź</i>)	☐	TAK	☐ CZĘŚCIOWE ☐ CAŁKOWITE
		☐	NIE	
Dane teleadresowe opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku gdy kandydat/kandydatka jest osobą ubezważnowolnioną)				
11.	A	Miejscowość		
	B	Rodzaj miejscowości	☐ Miasto	☐ Wieś
	C	Ulica, nr domu / lokalu		
	D	Kod pocztowy		
	E	Województwo		
	F	Powiat		
	G	Gmina		
12.	Preferowane stanowisko pracy (<i>proszę zaznaczyć tylko 1 odpowiedź</i>)	☐	Pracownik produkcyjno-usługowy (usługi konfekcjonowania oraz produkcji wyrobów z drewna, rękodzieła)	
		☐	Pomoc krawiecka (usługi krawieckie)	
		☐	Pomoc ciastkarza i kasjer sprzedawca (usługi kuchenne)	



		☐	kasjer sprzedawca (usługi kuchenne)
--	--	--------------------------	---

Celem zapewnienia pełnej dostępności osobom z różnymi niepełnosprawnościami i potrzebami do udziału w projekcie prosimy wymienić jakie niezbędne udogodnienia moglibyśmy zapewnić w celu skorzystania z projektu.....

.....

.....

.....

.....
(Data i czytelny podpis kandydata/kandydatki /opiekuna prawnego)

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/ KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja, niżej podpisany/podpisana

.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/zamieszkała

.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że:

- dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym uczestnictwa w projekcie pn. „PracujeMY w ZAZ w Jarosławiu” są prawdziwe,
- dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „PracujeMY w ZAZ w Jarosławiu”
- zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do projektu pn. „PracujeMY w ZAZ w Jarosławiu” oraz akceptuję jego warunki,
- zostałam/em poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.

.....
(Data i czytelny podpis kandydata/kandydatki /opiekuna prawnego)

.....
(Pieczęć i podpis koordynatora projektu)