|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu: |  |
| Godzina wpływu: |  |



Kwestionariusz rekrutacyjny

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie (DRUKOWANYMI LITERAMI) lub wstawić „X” w białych, pustych polach.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE PROJEKTU** | Tytuł projektu | Aktywna integracja szansą na sukces |
| Nr projektu | RPO.07.01.00-20-0045/16 |
| Oś priorytetowa | VII. Poprawa spójności społecznej |
| Działanie | 7.1 Rozwój działań aktywnej integracji |
| Priorytet inwestycyjny | 9.1 Aktywne włączenie, w tym z myślą o promowaniu równych szans oraz aktywnego uczestnictwa i zwiększaniu szans na zatrudnienie |
| Miejsce organizacji | Gminy: Choroszcz, Dobrzyniewo Duże, Knyszyn, Kobylin-Borzymy, Krypno, Łapy, Narew, Narewka, Poświętne, Sokoły, Suraż, Turośń Kościelna, Tykocin, Wyszki, Zawady |
| Termin realizacji projektu | od | 01.01.2017 | do | 30.06.2018 |
| **DANE****KANDYDATKI/KANDYDATA** | Nazwisko |  |
| Imię |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *format* ***dd/mm/rrrr*** |
| Wiek w chwili aplikacji do projektu |  |
| Płeć | Kobieta |  | Mężczyzna |  |
| Miejsce urodzenia *(miejscowość, województwo)* |  |
| Poziom wykształcenia | Brak |  | Ponadgimnazjalne |  |
| Podstawowe |  | Pomaturalne |  |
| Gimnazjalne |  | Wyższe |  |
| **Adres zamieszkania** |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania |  |
| Kod/Miejscowość |  |
| Województwo |  | Gmina |  |
| Powiat |  |
| **Adres korespondencyjny** |
| Ulica, nr domu, nr mieszkania |  |
| Kod/Miejscowość |  |
| **Dane kontaktowe** |
| Telefon stacjonarny  | * nie posiadam
 |
| Telefon komórkowy | * nie posiadam
 |
| E-mail | * nie posiadam
 |
| **STATUS KANDYDATKI/KANDYDATA** |
| Jestem osobą **niepracującą**, w tym: |  |
| -***bezrobotną***, zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy |  |
| - ***długotrwale bezrobotną****(min. 6 miesięcy dla osób do 25 roku życia/ min. 12miesięcy dla osób powyżej 25 roku życia)* |  |
| - ***zakwalifikowaną do III profilu pomocy*** |  |
| - ***bierną zawodowo***, niezarejestrowaną w powiatowym Urzędzie Pracy |  |
| Jestem osobą ***korzystającą ze świadczeń lub wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej*** |  |
| Jestem osobą ***uzależnioną lub dotkniętą przemocą w rodzinie*** |  |
| Jestem osobą ***korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020*** |  |
| Jestem osobą ***posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności*** |  |
| *(proszę wpisać* ***stopień i symbol niepełnosprawności*** *, informacje o szczególnych potrzebach)* |
| ***Przesłanki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją zawartą w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020:**** *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;*
* *osoby, o mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;*
* *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;*
* *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 2014 r. poz. 382);*
* *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 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);*
* *osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne 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 osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);*
* *rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;*
* *osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);*
* *osoby niesamodzielne;*
* *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;*
* *osoby korzystające z PO PŻ.*
 |
| Jestem osobą ***zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu 1 przesłanki.*** |  |
| Jestem osobą ***zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu więcej niż 1 przesłanki.*** |  |

|  |
| --- |
| **Charakterystyka sytuacji życiowej** |
| 1. **Opis sytuacji życiowej (m.in.. ogólna charakterystyka sytuacji życiowej, występujących trudności, przyczyn ich powstania, barier utrudniających rozwiązanie trudnej sytuacji życiowej itp.)**
 |
|  |
| 1. **Opis sytuacji materialnej w rodzinie (m.in. średnie miesięczne dochody, średni dochód na osobę w rodzinie itp.)**
 |
|  |
| 1. **Opis poziomu wykształcenia i posiadanych kwalifikacji zawodowych.**
 |
|  |

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA** |
| **Oświadczam, że:*** Podane wyżej dane są zgodne z prawdą,
* Zostałem/-am poinformowany o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
* Zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian,
* Zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Regionalnego 2014 – 2020,
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby procesu rekrutacji projektu „Aktywna integracja szansą na sukces” zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 r. (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 927 z późn. zm.),
 |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis |