



Biuro projektu:
ul. Szkolna 8/7
89-400 Sępólno



NIE WYPEŁNIAĆ!

Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY FIZYCZNEJ

DO PROJEKTU „Centrum Aktywności Rodziny drogą do integracji - Program Aktywności Lokalnej”

Należy uzupełnić wszystkie **niezaciemnione pola formularza** rekrutacyjnego oraz podpisać

DEKLARACJĘ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE oraz OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Tytuł projektu:	Centrum Aktywności Rodziny drogą do integracji - Program Aktywności Lokalnej
Nr projektu:	RPKP.09.02.01-04-0020/17-00
Nazwa i numer Osi Priorytetowej:	9. Solidarne społeczeństwo
Nazwa i numer Działania:	9.2 Włączenie społeczne
Nazwa i numer Poddziałania:	9.2.1 Aktywne włączenie społeczne

I. DANE UCZESTNIKA/KI – INDYWIDUALNI I PRACOWNICY INSTYTUCJI/PODMIOTÓW										
Imię/Imiona										
Nazwisko										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna									
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe									
	<input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe									
Kraj	POLSKA			Województwo			Kujawsko-Pomorskie			
Powiat	<input type="checkbox"/> m. Bydgoszcz <input type="checkbox"/> bydgoski <input type="checkbox"/> nakielski									
	<input checked="" type="checkbox"/> sępoleński <input type="checkbox"/> tucholski									
Gmina	Sępólno Krajeńskie			Miejscowość						
Ulica				Numer budynku			Numer lokalu			
Kod pocztowy										
Telefon kontaktowy					E-mail					





Biuro projektu:
ul. Szkolna 8/7
89-400 Sępólno



STATUS UCZESTNIKA/KI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU	
1. Osoba bezrobotna <i>(odpowieź wielokrotnego zakreślenia)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy zakwalifikowana do: <input type="checkbox"/> I profilu pomocy <input type="checkbox"/> II profilu pomocy <input type="checkbox"/> III profilu pomocy <input type="checkbox"/> brak profilu <input type="checkbox"/> zarejestrowana jako poszukująca pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (<i>młdzież do 25 lat – ponad 6 miesięcy; pozostali – ponad 12 miesięcy</i>)
2. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
Zawód wyuczony	

STATUS UCZESTNIKA/KI W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU	
<i>Istnieje możliwość odmowy udzielenia danych</i>	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących - w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu <i>(dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE





Biuro projektu:
ul. Szkolna 8/7
89-400 Sępólno



<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np.</p> <p><input type="checkbox"/> która nie ukończyła szkoły podstawowej (<i>i jest w wieku pozaszkolnym</i>);</p> <p><input type="checkbox"/> uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;</p> <p><input type="checkbox"/> zwolniona z zakładu karnego;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba korzystająca z programu operacyjnego pomocy żywnościowej;</p> <p><input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w):</p> <p><input type="checkbox"/> ubóstwa;</p> <p><input type="checkbox"/> sieroctwa;</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby;</p> <p><input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie;</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</p> <p><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,</p> <p><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej.</p> <p><input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jakie).....</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK – proszę zakreślić odpowiednie obok</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> odmowa podania informacji</p>
---	---

Miejscowość, data

Czytelny podpis uczestnika/ki projektu ✓

DANE DODATKOWE – NIE WYPEŁNIAĆ

Rodzaj przyznanego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia
Dodatkowe informacje	
Data zakończenia udziału w projekcie	



Biuro projektu:
ul. Szkolna 8/7
89-400 Sępólno



Informacje dodatkowe niezbędne dla oceny rekrutacyjnej:

1. Samotny rodzic: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
2. Bezdomny/a i realizujący/a indywidualny program wychodzenia z bezdomności: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
3. Uzależniony/a od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego lub uzależniony/a od narkotyków lub in. śr. odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w ZOZ: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
4. Długotrwale bezrobotny/a: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
5. Trudności w integracji ze środowiskiem: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
6. Uchodźca realizujący indywidualny program integracji: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
7. Mieszkaniec terenów rewitalizowanych: tak/nie (niewłaściwe skreślić)

Miejscowość, data

Czytelny podpis uczestnika/ki projektu ✓

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Orzeczenie o niepełnosprawności (kopia potwierdzona „ za zgodność z oryginałem”)
2. Zaświadczenie o udziale w POPŻ
3. Zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej z III profilu pomocy
4. Zaświadczenie z Poradni Leczenia Uzależnień (PLU)
5. Zaświadczenie z OPS o samotnym rodzicielstwie
6. Zaświadczenie z OPS o bezdomności
7. Zaświadczenie z OPS o trudnościach w integracji ze środowiskiem
8. Zaświadczenie z PUP o długotrwałym bezrobociu

