**Formularz rekrutacyjny uczestników indywidualnych**

**Priorytet 7** Fundusze europejskie dla zatrudnienia i integracji w Łódzkiem

**Działanie FELD.07.12**Usługi na rzecz rodziny

**Dane podstawowe** (właściwe zaznaczyć znakiem X)

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć | kobieta |
| mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| PESEL |  |
| Obywatelstwo | POLSKIE |
| Adres e-mail / Telefon  |  |
| **Adres zamieszkania** |
| Kraj: | POLSKA |
| Miejscowość: |  |
| Powiat/Gmina:  | PŁW GM.  |
| Województwo:  | ŁÓDZKIE |
| Ulica: |  |
| Numer domu: |  |
| Numer mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| **Adres do korespondencji jeśli jest inny niż zamieszkania** |
| Miejscowość: |  |
| Powiat/Gmina: |  |
| Województwo: |  |
| Ulica: |  |
| Numer domu: |  |
| Numer mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Obszar wg. stopnia urbanizacji (DEGURBA) | Miejski |
| Wiejski |

**Wykształcenie** (właściwe zaznaczyć znakiem X)

|  |  |
| --- | --- |
| ISCED 0 – 2 osoby które posiadają wykształcenie średnie I stopnia lub niższe |  |
| ISCED 3- osoby które posiadają wykształcenie ponadgimnazjalne |  |
| ISCED 4 – osoby które posiadają wykształcenie policealne |  |
| ISCED 5-8 – wykształcenie na poziomie wyższym |  |

|  |
| --- |
| **Pozostałe dane** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant obcego pochodzenia (w tym społeczności marginalizowane) | Tak |
| Nie  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak |
| Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami; jeśli tak proszę podać stopień …………………………… | Tak |
| Nie |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)………………………………………..……………………………………….. | Tak |
| Nie |
| Osoba obcego pochodzenia | Tak |
| Nie |
| Obywatel państwa trzeciego | Tak |
| Nie |

|  |
| --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| Osoba bezrobotna  | Tak  |
| Nie |
| Osoba bierna zawodowo | osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| osoba ucząca się |
| Osoba pracująca | Tak |
| Nie |
| Wykonywany zawód |  |

**Informacje dodatkowe** (wypełnia pracownik socjalny/AON/OAON)

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj i data przyznawanego wsparcia |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej wsparcia |  |
| Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | tak |
| nie |
| Powód rezygnacji z udziału w projekcie |  |
| Czy bierze Pani /Pan udział w innych projektach, jeśli tak proszę podać w jakich |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | Os. kontynuuje zatrudnienie |
| Os. nabyła kompetencje |
| Os. nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie |
| Os. podjęła kształcenie lub szkolenie |
| Os. podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |
| Os. poszukująca pracy |
| Os. poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |
| Os. pracująca / prowadząca działa działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |
| Os. uzyskała kwalifikacje |
| Sytuacja w trakcie monitorowania |

Deklaruję udział w projekcie pn. „#Rodzina” realizowanym przez Lidera Powiat Łódzki Wschodni/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie współfinansowanym ze środków Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego na lata 2021-2027 od 01.06.2024 do 31.08.2027 roku.

Jednocześnie zobowiązuję się do uczestnictwa w działaniach zaplanowanych w projekcie oraz oświadczam, że:

1. Jestem osobą zamieszkałą na terenie Powiatu ***Łódzkiego Wschodniego.***
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego na lata 2021-2027.
3. Zapoznałam/em się z warunkami uczestnictwa w projekcie „#Rodzina” .
4. Zobowiązuję się do udzielenia informacji o moim statusie po zakończeniu realizacji projektu.
5. Przynależę do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Osi Priorytetowych Programu Fundusze Europejskie Łódzkiego na lata 2021-2027 zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie Projektu.

**Wyrażam zgodę na wizualizację wizerunku dla potrzeb realizacji projektu.**

**Pouczony o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

**…………………………………….. …..…………………………………**

data i czytelny podpis opiekuna data i czytelny podpis uczestnika projektu