Załącznik nr 1

|  |
| --- |
|  |
| Datawpływu |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU**

| **NAZWA BENEFICJENTA:** |
| --- |
| **Stowarzyszenie „Edukacja-Młodzież”** |
| **TYTUŁ PROJEKTU:** |
| **W kierunku aktywności** |
| **NR PROJEKTU:** |
| **FEWP.06.10-IP.00-0087/24** |

| **WYPEŁNIA PROJEKTODAWCA:** | | | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RODZAJ UCZESTNIKA** | INDYWIDUALNY |  | PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU | |  |
| **NAZWA PODMIOTU** (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu) | |  | | | |
| **DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE** (za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaję się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia) | | | |  | |
| **DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | |  | |
| **ZAKOŃCZENIE UDZIAŁU W PROJEKCIE ZGODNIE Z PLANOWANĄ ŚCIEŻKĄ UCZESTNICTWA:** | | | | **□ TAK**  **□ NIE** *(W przypadku zaznaczenia odpowiedzi NIE, należy podać powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia)*  *………………………………………..* | |

| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **IMIĘ** | |  | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** | |  | | | | | | | | | |
| **DATA I MIEJSCE URODZENIA** | |  | | | | | | | | | |
| **PESEL/INNY IDENTYFIKATOR** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PŁEĆ** | **MĘŻCZYZNA** | |  | **KOBIETA** | |  | **WIEK**  (w chwili przystąpienia do projektu) – **WYPEŁNIA PROJEKTODAWCA** | | | |  |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | **ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)** (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum) | | | | | | | | | |  |
| **PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)**  (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną) | | | | | | | | | |  |
| **WYŻSZE (ISCED 5–8)**  (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie) | | | | | | | | | |  |
| **PLANOWANA DATA ZAKOŃCZENIA EDUKACJI W PLACÓWCE EDUKACYJNEJ, W KTÓREJ SKORZYSTANO ZE WSPARCIA** | | | | | | |  | | | | |
| **DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY**  (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie) | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** | | | | | |  | | | | | |
| **NAZWISKO** | | | | | |  | | | | | |

| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA** | |
| --- | --- |
| KRAJ | POLSKA |
| WOJEWÓDZTWO | WIELKOPOLSKIE |
| POWIAT | 🞏 JAROCIŃSKI  🞏 PLESZEWSKI  🞏 OSTROWSKI |
| GMINA | 🞏 JARACZEWO  🞏 JAROCIN (gmina miejsko-wiejska)  🞏 KOTLIN  🞏 ŻERKÓW (gmina miejsko-wiejska)  🞏 CHOCZ  🞏 CZERMIN  🞏 DOBRZYCA (gmina miejsko-wiejska)  🞏 GIZAŁKI  🞏 GOŁUCHÓW  🞏 PLESZEW (gmina miejsko-wiejska)  🞏 NOWE SKALMIERZYCE  🞏 NOWE SKALMIERZYCE (gmina miejsko-wiejska)  🞏 ODOLANÓW (gmina miejsko-wiejska)  🞏 OSTRÓW WIELKOPOLSKI (gmina wiejska)  🞏 OSTRÓW WIELKOPOLSKI  🞏 PRZYGODZICE  🞏 RASZKÓW (gmina miejsko-wiejska)  🞏 SIEROSZAWICE  🞏 SOŚNIE |
| MIEJSCOWOŚĆ |  |
| ULICA |  |
| NR BUDYNKU |  |
| NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  |
| TELEFON KONTAKTOWY |  |
| ADRES E-MAIL |  |
| **WYPEŁNIA PROJEKTODAWCA**  **Obszar wg DEGURBA:**  *(stopień gęstości zaludnienia) –* | 🗆 Miejski *(duża gęstość zaludnienia – kod 01)*  🗆 Miejski *(średnia gęstość zaludnienia – kod 02)*  🗆 Wiejski *(mała gęstość zaludnienia – kod 03)* |

| **STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OSOBA OBCEGO POCHODZENIA**  tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów | TAK | |  | | NIE | | |  | |
| **OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO** tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec | TAK | |  | | NIE | | |  | |
| **OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ**  mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska;  mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska;  społeczności marginalizowane: Romowie | TAK |  | | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |  | NIE | |  |
| **OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA  WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ**  1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;  2.Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);  3.Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;  4.Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;  5.Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. | TAK | |  | | NIE | | |  | |
| **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**  Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.  **Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, którego ksero należy załączyć do formularza** | TAK |  | | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | |  | NIE | |  |

| **SZCZEGÓŁY WSPARCIA** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**  **(należy wybrać właściwe)** | | | | |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**  tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną  **(należy załączyć aktualne zaświadczenie z ZUS w zakresie braku odprowadzania składek na dzień przystąpienia do projektu)** | | | |  |
| W TYM | | | OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU |  |
| W TYM | | | OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE  - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące  - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących  - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych |  |
| W TYM | | | INNE |  |
| **OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDU PRACY**  - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia  **(należy załączyć aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy)** | | | |  |
| W TYM | | OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA  tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego | |  |
| W TYM | | INNE | |  |
| **OSOBA PRACUJĄCA (należy załączyć ksero umowy o pracę/zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu na dzień przystąpienia do projektu)** | | | |  |
| W TYM | OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ  (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA) | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI | | |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ | | |  |
| W TYM | INNE | | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| DEKLARACJA W ZAKRESIE OCZEKIWANEGO WSPARCIA | |
| ZE WZGLĘDU NA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ PROSZĘ O ZASTOSOWANIE W PRZYPADKU MOJEJ OSOBY NASTEPUJĄCYCH UDOGODNIEŃ:  RODZAJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI: ………………………………………………………………………………………………….. | |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ ASYSTY LUB WSPARCIA W TRAKCIE PROJEKTU? | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ UDOGODNIEŃ DOSTEPNOŚCI, TAKICH JAK RAMPY/PODJAZDY? | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ TŁUMACZA MIGOWEGO? | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ DOSTOSOWANIA CZASU/ZWOLNIENIA TEMPA ZE WZGLĘDU NA KONIECZNOŚĆ TŁUMACZENIA JĘZYKA MIGOWEGO | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ PRZYGOTOWANIA MATERIAŁÓW INFORMACYJNYCH/SZKOLENIOWYCH WYDRUKOWANYCH WIEKSZĄ CZCIONKĄ NIŻ STANDARDOWA? | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ DOSTOSOWANIA PRZESTRZENI Z UWAGI NA OGRANICZENIA RUCHOWE | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ ZAPEWNIENIA SYSTEMU WSPOMAGAJĄCEGO SŁYSZENIE | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ UMOŻLIWIENIA POWROTU DO PRZEKAZYWANYCH TREŚCI | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ UMOŻLIWIENIA DOSTOSOWANIA GODZIN ZAJĘĆ DO POTRZEB UP | TAK/NIE |
| 1. CZY POTRZEBUJESZ WYDŁUŻONY/ADEKWATNY CZAS WSPARCIA | TAK/NIE |
| 1. CZY MASZ JAKIEŚ INNE SZCZEGÓLNE POTRZEBY? | TAK/NIE  JEŻELI TAK TO JAKIE:  ……………………………………………….. |

| **OŚWIADCZENIE** |
| --- |
| Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych i oświadczeń, oświadczam, że:  - zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie pn. **„W kierunku aktywności”** **FEWP.06.10-IP.01-0087/24**  - posiadam pełną zdolność do czynności prawnych  - zgadzam się na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym i innych dokumentach na potrzeby rekrutacji i realizacji **projektu „W kierunku aktywności” FEWP.06.10-IP.01-0087/24 przez Stowarzyszenie Edukacja-Młodzież** zgodnie z ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz. 100) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – dalej: RODO (Dz. Urz. UE L Nr 119 z 04.05.2016 str. 1 z późn. zm.).  - Oświadczam, że zawarte w formularzu rekrutacyjnym dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania **Stowarzyszenia Edukacja-Młodzież** w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.  - Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  **„W kierunku aktywności” FEWP.06.10-IP.01-0087/24**, i w pełni akceptuję jego zapisy oraz z własnej inicjatywy wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim.  - Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Fundusz Społecznego Plus (EFS+) oraz budżetu państwa, w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027 (FEW).  - Oświadczam, iż poinformowano mnie, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie mam obowiązek udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Stowarzyszenie Edukacja-Młodzież oraz podmiotów zewnętrznych.  - na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie **„W kierunku aktywności”** nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,  - **Wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez Stowarzyszenie Edukacja – Młodzież na potrzeby realizacji projektu pn. **„W kierunku aktywności”, nr FEWP.06.10-IP.01-0087/24**. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych  w stosunku do Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Poznaniu.  - Zostałam/em poinformowana/y, iż poszczególne formy wsparcia mogą odbywać się  w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania oraz, że mogę ubiegać się o zwrot kosztów dojazdu na podstawie Regulaminu zwrotu kosztów dojazdu.  - Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną lub bierną zawodowo, która zamieszkuje na terenie województwa Wielkopolskiego (w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego), w jednym z powiatów: Jarocińskim, Pleszewskim, Ostrowskim z gmin: Jaraczewo, Jarocin – gmina miejsko-wiejsko, Kotlin, Żerków – gmina miejsko-wiejska, Chocz, Czermin, Dobrzyca – gmina miejsko-wiejska, Gizałki, Gołuchów, Pleszew – gmina miejsko-wiejska, Nowe Skalmierzyce, Nowe Skalmierzyce – gmina miejsko –wiejska, Odolanów – gmina miejsko-wiejska, Ostrów Wielkopolski – gmina wiejska, Ostrów Wielkopolski, Przygodzice, Raszków – gmina miejsko-wiejska, Sieroszewice, Sośnie.  - Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania **Stowarzyszenia Edukacja – Młodzież**  o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.  - Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku dostarczenia zaświadczenia potwierdzającego rejestrację w PUP jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy lub oświadczenia o aktywnym poszukiwaniu zatrudniania i gotowości podjęcia pracy w przypadku zmiany statusu z osoby biernej zawodowo na osobę poszukująca pracy w okresie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.  - Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku przekazania danych dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacji nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabycia kompetencji, w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie pn. **„W kierunku aktywności, nr FEWP.06.10-IP.01-0087/24** oraz o możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.  - Zostałam/em poinformowana/y o obowiązku dostarczenia dokumentów potwierdzających zatrudnienie (m.in. kopia umowy o pracę/umowy cywilnoprawnej/wpisu do CEIDG/deklaracji ZUS RCA) w przypadku podjęcia zatrudnienia w okresie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie lub w trakcie jego trwania.  - Mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.  - W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będą wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu. |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ………………………………………………………………………… |
| Data | Czytelny podpis uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy) |

|  |
| --- |
| **Rodzaj otrzymanego wsparcia - wypełnia Projektodawca** |
| 1. Opracowanie planów wsparcia uczestników 🗆 |
| 2. Wsparcie asystenckie 🗆 |
| 3. Warsztaty psycho-społeczne 🗆 |
| 4. Warsztaty aktywności zawodowej 🗆 |
| 5. Poradnictwo prawne i obywatelskie 🗆 |
| 6. Warsztaty zaradności i samodzielności 🗆 |
| 7. Warsztaty walki z uzależnieniami 🗆 |
| 8. Kursy językowe 🗆 |
| 9. Wsparcie trenera zatrudnienia wspieranego 🗆 |
| 10. Szkolenia/kursy 🗆 |
| 11. Staże zawodowe 🗆 |
| 12. Pośrednictwo pracy 🗆 |