



Nr formularza	
Data wpływu	

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Zmiana – zacznij od siebie”
nr RPMA.09.01.00-14-i921/22**

DANE OSOBOWE	
Imię	
Nazwisko	
Obywatelstwo	
PESEL	
Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEȦ <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
DANE KONTAKTOWE	
Adres zamieszkania (wg kodeksu cywilnego¹)	Województwo
	Powiat
	Gmina
	Kod pocztowy, miejscowość
	Ulica, nr budynku/nr lokalu
Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

¹ Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



I. KRYTERIA FORMALNE				
1.	Kandydat/ka mieszka na terenie miasta Ciechanów.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
2.	Kandydat/tka mieszka na terenie jednej z dzielnic: Bloki, Śródmieście, Kargoszyn lub Przemysłowe	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
3.	Kandydat/ka doświadcza wielokrotnego wykluczenia tj. spełnia co najmniej dwie przesłanki/ jest osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności/niepełnosprawnością sprzężoną/zaburzeniami psychicznymi/jest obywatelem Ukrainy.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
II. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE STATUSU NA RYNKU PRACY				
1.	Jestem osobą bierną zawodowo, tj. osobą, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (nie pracuje, nie jest bezrobotna, nie poszukuje pracy). <u>*Osoba zobligowana jest do dostarczenia Zaświadczenia ZUS w zakresie braku odprowadzania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe.</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	Jestem osobą bierną zawodowo, uczącą się.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	Jestem osobą bierną zawodowo, nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
2.	Jestem osobą bezrobotną, tj. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	1) Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy. * <u>*Taka osoba jest zobligowana do dostarczenia zaświadczenia z Urzędu Pracy o statusie os. bezrobotnej</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	Jestem osobą długotrwale bezrobotną. tj. pozostającą bez pracy przez okres min. 12 miesięcy (dotyczy osób w wieku 25 lat i więcej), lub min. 6 miesięcy (dotyczy osób w wieku poniżej 25 lat).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	2) Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy. * <u>*Osoba zobligowana jest do dostarczenia Zaświadczenia ZUS w zakresie braku odprowadzania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe.</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	



III KRYTERIA MERYTORYCZNE, W TYM PREMIUJĄCE (OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE WYKLUCZENIA)				PUNKTY
1.	<p>Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (art. 7 ustawy).</p> <p><u>*Osoba korzystająca ze świadczeń jest zobowiązana do dostarczenia zaświadczenia z Ośrodka Pomocy Społecznej wraz ze wskazaniem podstawy prawnej udzielanej pomocy.</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
2.	<p>Jestem osobą niekorzystającą ze świadczeń ale kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. Spełniająca min. jedną z przesłanej wskazanych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 (przesłanki o których mowa w art. 7 ustawy: ubóstwo; sieroctwo; bezdomność; bezrobocie; niepełnosprawność; długotrwała lub ciężka choroba; przemoc w rodzinie; potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali z 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 o cudzoziemcach; trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; alkoholizm lub narkomania; zdarzenia losowe i sytuacji kryzysowej; klęska żywiołowa lub ekologiczna).</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
3.	<p>Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj. spełniająca co najmniej jedną z poniższych przesłanek;</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
	- Osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	- Osoba uzależniona od alkoholu,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	- Osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	- Osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	- Osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	



	pracy,			
	- Osoba zwolniona z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	- Uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	- Osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
4.	Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem 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. * <u>*Osoba taka zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z właściwej instytucji, potwierdzającego powyższe np. zaświadczenie od kuratora lub wyrok sądu.</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
5.	Jestem osobą nieletnią, wobec której 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, z późn. zm.). <u>*Osoba taka zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z właściwej instytucji, potwierdzającego powyższe np. zaświadczenie od kuratora, zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi w charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopia postanowienia sądu; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości.</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
6.	Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii , o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.). * <u>*Osoba taka zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z ośrodka wychowawczego / młodzieżowego / socjoterapii potwierdzającego powyższe.</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt



7.	<p>Jestem osobą niepełnosprawną*, tj. osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie lub inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.</p> <p><u>*Osoba niepełnosprawna jest zobligowana do dostarczenia wraz z formularzem zgłoszeniowym orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	5 pkt
8.	<p>Jestem rodzicem dziecka z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.</p> <p><u>*Osoba taka jest zobligowana do dostarczenia wraz z formularzem zgłoszeniowym orzeczenia o niepełnosprawności dziecka lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
9.	<p>Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.</p> <p><u>*Osoba niesamodzielną jest zobowiązana do dostarczenia dokumentu potwierdzającego powyższe np. zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
	<p>W tym osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w Programie Posiłków w szkole i w domu na lata 2019 - 2023 (Monitor Polski z 2018 r. poz. 1007)</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
10.	<p>Jestem osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe, a mój dochód (suma miesięcznych przychodów) nie przekracza kwoty 776,00 zł.</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt



11.	Jestem członkiem rodziny ² , w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 600,00 zł.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1pkt
12.	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) 2014-2020, a zakres wsparcia w ramach projektu nie powiela działań, które otrzymuję z PO PŻ. * <u>*Osoba zobligowana do dostarczenia oświadczenia o korzystaniu z PO PŻ.</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	5 pkt
13.	Jestem obywatelem Ukrainy* (osobą nieposiadającą polskiego obywatelstwa, przybyła na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej z terytorium Ukrainy w związku z działaniami wojennymi prowadzonymi na terytorium tego państwa - przekroczenie granicy z Polską po 24 lutego 2022). <u>*Imigrant jest zobligowany do przedstawienia dowodu/paszportu potwierdzającego datę przybycia na terytorium Polski.</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	10 pkt
14.	Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (zazaczyłam/tem dwie odpowiedzi twierdzące w pkt 1-13).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	1 pkt
15.	Rodzina wielodzietna (wielodzietność rodziny oznacza, że rodzina wychowuje troje i więcej dzieci). *Kandydat zobowiązany do dostarczenia zaświadczenia z MOPS.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	5 pkt
Suma punktów (wypełnia pracownik projektu):				
Podpis pracownika projektu				

III. Oświadczenia związane ze statusem uczestnika w chwili przystąpienia do projektu				
1.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>
2.	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>

² Osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.



IV. POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą;
2. **Oświadczam, że zostałem pouczone/pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;**
3. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Projektu „Zmiana – zacznij od siebie” i akceptuję jego zapisy;
4. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o tym, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
5. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o konieczności przekazania danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie (efektywność społeczno – zatrudnieniowa); oraz o konieczności zarejestrowania się w Powiatowym Urzędzie Pracy, jeśli po zakończeniu projektu nie podejmę pracy;
6. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o konieczności udostępnienia danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy w trakcie 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie;
7. Wyrażam zgodę na udział w procesie monitoringu i ewaluacji projektu, w tym m.in. wypełnianie ankiet, dokumentów oraz testów sprawdzających;
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000), a moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Zmiana – zacznij od siebie”. Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest Fundacja edukacyjno-sportowa reGeneracja, z siedzibą w Pawłowo 18, 06-461 Regimin; tel/fax 780073252, adres e-mail biuro@regeneracja.org - Reprezentowana przez Prezesa Zarządu. Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a) RODO Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD). Pytania dotyczące sposobu i zakresu przetwarzania danych osobowych w zakresie działania Fundacji edukacyjno-sportowej reGeneracja, a także przysługujących uprawnień, kierowane są do Inspektora Ochrony Danych: tel. 780073252, adres e-mail: iod.regeneracja@o2.pl
9. Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Zmiana – zacznij od siebie” nr RPMA.09.01.00-14-i921/22.
10. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/opiekuna prawnego³

³ W przypadku osób nieletnich podpis składa opiekun prawny.