

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

### „Równy start do kariery w zawodzie deficytowym”

realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020  
Poddziałanie IX.1.1. Aktywizacja społeczno-zawodowa osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

Szanowni Państwo,

dziękujemy za zainteresowanie naszym Projektem. Niniejszy formularz jest oceniany zgodnie z Regulaminem projektu. Przed wypełnieniem formularza prosimy zapoznać się z poniższą instrukcją.

#### Instrukcja wypełniania Formularza:

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. Formularz należy wypełnić komputerowo. W przypadku braku takiej możliwości dopuszcza się wypełnienie odręczne (DRUKOWANYMI I CZYTELNYMI LITERAMI).
3. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem X.
4. WSZYSTKIE strony formularza **muszą być własnoręcznie podpisane** przez kandydata. Brak podpisu traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.  
**Pamiętaj o załączeniu zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy (osoby bezrobotne zarejestrowane w PUP) lub Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (osoby bezrobotne niezarejestrowane w PUP oraz osoby bierne zawodowo).**

WYPEŁNIA REALIZATOR	
Numer formularza:	..... / ..... / 202...
Data i godzina wpływu formularza:	Data: ..... Godzina: .....
Czytelny podpis osoby przyjmującej dokumenty:	

WYPEŁNIA KANDYDAT	
<b>Dane kandydata</b>	
<b>Dane osobowe</b>	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Numer i rodzaj dokumentu tożsamości	
<b>Adres zamieszkania</b>	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Powiat	
Gmina	
<b>Dane kontaktowe</b>	
Telefon	
Adres e-mail	
<b>Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres zamieszkania)</b>	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	



Status uczestnika	
Jestem osobą bezrobotną <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> niezarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy <input type="checkbox"/> zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy
Jestem osobą długotrwale bezrobotną <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą bierną zawodowo <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> uczącą się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu
Posiadam wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne ogólnokształcące <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne zawodowe <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne (wpisać).....
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia.	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. spełniam min. jedną z poniższych przesłanek: - nie posiadam wykształcenia (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu co najmniej szkoły podstawowej); - jestem byłym więźniem; - jestem osobą uzależnioną od narkotyków; - jestem osobą bezdomną i wykluczoną z dostępu do mieszkań; - zamieszkuję obszar wiejski (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3).	<input type="checkbox"/> TAK

<sup>1</sup> To osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia.

<sup>2</sup> To osoby, które pozostają bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.

<sup>3</sup> To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).

Kryteria obligatoryjne	
Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, czyli: 1) bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 2) uzależnioną od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego; 3) uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej; 4) chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; 5) długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; 6) zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 7) uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 8) osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą lub jestem członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą nieletnią, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich.	<input type="checkbox"/> TAK
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.	<input type="checkbox"/> TAK

Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego <sup>4</sup> .	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu <i>Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020</i> .	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności (w formie dozoru elektronicznego).	<input type="checkbox"/> TAK
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa <sup>5</sup> .	<input type="checkbox"/> TAK
<b>Kryteria premiujące</b>	
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.	<input type="checkbox"/> TAK (+2 pkt)
Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności <sup>6</sup> .	<input type="checkbox"/> TAK (+2 pkt)
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną <sup>7</sup> .	<input type="checkbox"/> TAK (+2 pkt)
Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <sup>8</sup> .	<input type="checkbox"/> TAK (+2 pkt)

<sup>4</sup> W przypadku posiadania statusu osoby z niepełnosprawnościami, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie z ZUS/PZON

<sup>5</sup> Należy załączyć dokument potwierdzający fakt korzystania z PO PŻ, np. kopię umowy wsparcia.

<sup>6</sup> W przypadku posiadania statusu osoby z niepełnosprawnościami, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie z ZUS/PZON.

<sup>7</sup> W przypadku posiadania statusu osoby z niepełnosprawnościami, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie z ZUS/PZON.

<sup>8</sup> W przypadku posiadania statusu osoby z zaburzeniami psychicznymi, do formularza należy dołączyć dokument potwierdzający ten fakt, np. zaświadczenie od lekarza.



### Motywacja do udziału w projekcie

*Opisz dlaczego chcesz wziąć udział w projekcie i jakie masz oczekiwania względem otrzymanego wsparcia.*

#### Oświadczam, że:

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- deklaruję swój dobrowolny udział w projekcie „Równy start do kariery w zawodzie deficytowym”;
- uczę się/pracuję/zamieszkuję w rozumieniu KC na obszarze województwa łódzkiego;
- zostałem/-am poinformowany o dofinansowaniu projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
- zapoznałem/-am się z Regulaminem projektu „Równy start do kariery w zawodzie deficytowym”, realizowanego przez Instytut Nauk Społeczno-Ekonomicznych sp. z o.o. spółka komandytowa i akceptuję jego postanowienia;
- zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania przetwarzanych przez realizatorów projektu.
- wyrażam świadomie zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 oraz art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz.U. UE.L. 119/1 z 04.05.2016) zwanego „RODO” wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez Beneficjenta (Instytut Nauk Społeczno-Ekonomicznych Sp. z o.o. spółka komandytowa, ul. Piotrkowska 55 lok. 111, 90-413 Łódź) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta i Partnera z obowiązków wobec Instytucji Zarządzającej Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 wynikających z umowy nr RPLD.09.01.01-10-B036/20. Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie,



**Fundusze Europejskie**  
Program Regionalny



województwo  
**łódzkie**

**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności;

- informacje podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe na dzień złożenia dokumentacji aplikacyjnej. Ponadto jestem świadomy/-a, iż w przypadku składania fałszywych oświadczeń realizator projektu może złożyć zawiadomienie o możliwości popełnienia przestępstwa do właściwych organów państwowych.

.....  
czytelny podpis

.....  
data