



Nr formularza	
Data wpływu	

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Razem możemy więcej”
nr FEMA.08.04-IP.01-01K0/23**

**DANE OSOBOWE
(PROSIMY UZUPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)**

Imię		
Nazwisko		
Obywatelstwo		
PESEL		
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА	<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 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 (0/1)				
1.	Jestem mieszkanką/mieszkańcem m. Ostrołęka/m.Ostrów Mazowiecka	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
2.	Jestem osobą, która po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę została objęta ochroną czasową <u>*Osoba zobligowana jest do dostarczenia dokumentu pobytowego, np.: wiza/karta pobytu/dok. potwierdzający objęcie ochroną</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
I. KRYTERIA PREFERENCJI				PUNKTY
SYTUACJA 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/platformy PUE ZUS w zakresie braku odprowadzania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe.</u> W tym:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	9 pkt
	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. W tym:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	10 pkt
	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</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	



<u>ZUS/platformy PUE ZUS w zakresie braku odprowadzania składek na ubezpieczenie emerytalno-rentowe.</u>				
3.	Jestem osobą zatrudnioną, w tym:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
	- posiadam doświadczenie zawodowe nie dłuższe niż 1 rok	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	10 pkt
	- posiadam doświadczenie zawodowe nie dłuższe powyżej 1 roku z tym, że nie dłuższe niż 2 lata	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	6 pkt
	- posiadam doświadczenie zawodowe dłuższe niż 2 lata	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	4 pkt
POZIOM KWALIFIKACJI				
4.	Posiadam wykształcenie:			
	- podstawowe (ISCED 1), ukończona szkoła podstawowa,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	10 pkt
	- gimnazjalne (ISCED 2), ukończona szkoła gimnazjalna,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	8 pkt
	- ponadgimnazjalne (ISCED 3), ukończona szkoła średnia – liceum, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	6 pkt
	- inne	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	2 pkt
DODATKOWE				
5.	<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"/>	15 pkt
Suma punktów (wypełnia pracownik projektu):				
Podpis pracownika projektu:				

**II. Formularz potrzeb OzN****(WYPEŁNIAJĄ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI)**

1.	Czy istnieje potrzeba tłumaczenia na Polski Język Migowy?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
2.	Czy istnieje potrzeba zastosowania pętli indukcyjnej?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
3.	Czy istnieje potrzeba wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnościami?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
4.	Czy istnieje potrzeba przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu?	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
5.	Czy istnieje potrzeba alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych (szkoleniowych, np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille'a, wersje w języku łatwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym, itp.); Jeśli tak, proszę je wymienić poniżej.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	
6.	Czy istnieje potrzeba wydłużonego czasu wsparcia (wynikające np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łatwego, itp.) Jeśli tak, proszę je wymienić poniżej.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	

III. SZCZEGÓLNE POTRZEBY KANDYDATEK/KANDYDATÓW

1.	Proszę o określenie preferowanej formy kontaktu z Realizatorem projektu?	<input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Poczta tradycyjna <input type="checkbox"/> Telefoniczna		
2.	Czy istnieją szczególne potrzeby dotyczące wyżywienia? Jeśli tak, proszę je wymienić.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	



3.	Inne? Jakie? Proszę wymienić.		
----	-------------------------------	--	--

IV. 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"/>



V. Oświadczenie o spełnieniu warunków grupy docelowej

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 „Razem możemy więcej” i akceptuję jego zapisy;
4. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o tym, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
5. Oświadczam, że spełniam warunki Grupy Docelowej a także kryteria preferencji wskazane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.
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 „Razem możemy więcej”. Przyjmuję do wiadomości, iż Administratorem moich danych osobowych jest Spółdzielnia Socjalna „Samodzielność, Praca, Aktywność” z siedzibą przy ul. Kołobrzeskiej 11, 07-410 Ostrołęka; tel. 570100231 adres e-mail ssspa@o2.pl - Reprezentowana przez Prezesa Zarządu. Na mocy art. 37 ust. 1 lit. a) RODO Administrator Danych Osobowych wyznaczył Inspektora Ochrony Danych (IOD).
9. Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Razem możemy więcej” nr FEMA.08.04-IP.01-01K0/23.
10. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika