

Lider projektu:

Partner projektu:



Siedziba: 62-006 Kaliszka, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
 Biuro: 61-611 Poznań, ul. Narutowicka 172
 tel./fax: 618260007 | kom.: 601900786
 biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
 NIP 777.323.81.50 | REGON 302760614 | KRS 0000499852

**FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY FIZYCZNEJ
DO PROJEKTU „ZAS NA ZMIANĘ”**

Tytuł projektu:	“ZAS NA ZMIANĘ”
Nr projektu:	RPPM.06.01.02-22-0104/16
Nazwa i numer Osi Priorytetowej:	VI. Integracja
Nazwa i numer Działania:	VI.1. Aktywna Integracja
Nazwa i numer Poddziałania:	VI.1.2. Aktywizacja społeczno - zawodowa

Dane podstawowe uczestnika/czki (WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	pomorskie
Powiat	<input type="checkbox"/> starogardzki <input type="checkbox"/> słupski <input type="checkbox"/> kościerski <input type="checkbox"/> człuchowski <input type="checkbox"/> chojnicki <input type="checkbox"/> bytowski
Gmina	<input type="checkbox"/> Bobowo <input type="checkbox"/> Czarna Woda <input type="checkbox"/> Kaliska <input type="checkbox"/> Lubichowo <input type="checkbox"/> Osieczna <input type="checkbox"/> Osiek <input type="checkbox"/> Skarszewy <input type="checkbox"/> Skórcz <input type="checkbox"/> Smętowo Graniczne <input type="checkbox"/> Zblewo <input type="checkbox"/> Damnica <input type="checkbox"/> Dębica Kaszubska <input type="checkbox"/> Główny <input type="checkbox"/> Kępnice <input type="checkbox"/> Potęgowo <input type="checkbox"/> Smołdzino <input type="checkbox"/> Stara Kiszewa <input type="checkbox"/> Czarne <input type="checkbox"/> Debrzno <input type="checkbox"/> Koczała <input type="checkbox"/> Przechlewo <input type="checkbox"/> Brusy <input type="checkbox"/> Chojnice <input type="checkbox"/> Czersk <input type="checkbox"/> Borzytuchom <input type="checkbox"/> Bytów <input type="checkbox"/> Czarna Dąbrówka <input type="checkbox"/> Kołczygłowy <input type="checkbox"/> Miastko <input type="checkbox"/> Parchowo <input type="checkbox"/> Trzebielino <input type="checkbox"/> Tuchomie
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba pozostająca bez pracy w wieku 18-64 lata	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <i>(należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (<i>ponad 12 miesięcy</i>) <input type="checkbox"/> osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy <i>(należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i>
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <i>(należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących - w którym żadna z osób nie pracuje; wszyscy członkowie rodziny są bezrobotni albo bierni zawodowo.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba pozostająca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <i>(dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. a) która nie ukończyła szkoły podstawowej <i>(i jest w wieku pozaszkolnym)</i> ; b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; c) zwolniona z zakładu karnego; d) osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w): <ul style="list-style-type: none"> • ubóstwa; • sieroctwa; • długotrwałej lub ciężkiej choroby; • przemocy w rodzinie; • potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; • potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; • trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 	<input type="checkbox"/> TAK – proszę zakreślić odpowiednie obok <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji



pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <ul style="list-style-type: none"> • trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; • zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, • klęski żywiołowej lub ekologicznej. bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych 	
Osoba pochodząca z obszarów wiejskich	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia pracownik projektu wprowadzający dane do systemu teleinformatycznego SL2014)	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3 (zaznaczyć wiersz powyżej)

Opieka nad osobą zależną, w tym:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
a) Dzieckiem do 7 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) Inną osobą połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem lub pozostającą we wspólnym gospodarstwie domowym wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Przynależność do grupy docelowej – oświadczam, że:	
a) Mam miejsce zamieszkania na terenie gminy*: Bobowo, Czarna Woda, Kaliska, Lubichowo, Osieczna, Osiek, Skarszewy, Skórcz, Smętowo Graniczne, Zblewo, Damnica, Dębica Kaszubska, Główczyce, Kępnice, Potęgowo, Smółdzino, Stara Kiszewa, Czarne, Debrzno, Koczała, Przechlewo, Brusy, Chojnice, Czersk, Borzytuchom, Bytów, Czarna Dąbrówka, Kołczygłowy, Miastko, Parchowo, Trzebielino, Tuchomie <i>*Zaznaczyć właściwe</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
b) Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu* (jeśli dotyczy należy załączyć orzeczenie:) - lekkim - umiarkowanym - znacznym - niepełnosprawność sprzężona - niepełnosprawność intelektualna - ON z zaburzeniami psychicznymi <i>*proszę zaznaczyć odpowiednie</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
c) Jestem osobą bezrobotną zakwalifikowaną do III profilu pomocy (jeśli dotyczy należy załączyć zaświadczenie z PUP)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
d) Jestem osobą długotrwale bezrobotną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
e) Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
f) Posiadam wykształcenie na poziomie podstawowym, gimnazjalnym, zawodowym, średnim (liceum, technikum)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Lider projektu:



Partner projektu:



Siedziba: 62-006 Kaliszka, Bogucin ul. Grzybowa nr 4
Biuro: 61-611 Poznań, ul. Narutowicka 172
tel./fax: 610260007 | kom.: 601900786
biuro@fundacja-akme.pl | www.fundacja-akme.pl
NIP 777.323.81.50 | REGON 302760614 | KRS 0000499852

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika/czki projektu



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

