

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**„Aktywnie w przyszłość” nr projektu **FEPM.05.11-IZ.00-0091/23**

DANE KANDYDATA	
1. Imię (imiona) i nazwisko	
2. Obywatelstwo	
3. PESEL lub inny identyfikator	
4. Płeć	Kobieta Mężczyzna
5. Adres zamieszkania	Kraj:
	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Miejscowość:
	Kod pocztowy:
	Obszar: Miejski Wiejski DEGURBA: Tereny słabo zaludnione (wiejskie) – 50 % ludności zamieszkuje obszary wiejskie Miasta średnie poniżej 50% ludności zamieszkuje obszary wiejskie i poniżej 50% ludności obszary o dużej gęstości zaludnienia Tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) przynajmniej 50% ludności zamieszkuje obszary gęsto zaludnione
6. Telefon kontaktowy	
7. E-mail	
8. Wykształcenie	Brak (brak formalnego wykształcenia)
	Podstawowe (ISCED 1)
	Gimnazjalne (ISCED 2)
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) (ISCED 3)

	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które <u>jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</u>) (ISCED 4)
	Wyższe (ISCED 5-8)
	W trakcie nauki
9. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	osoba bezrobotna <u>niezarejestrowana</u> w ewidencji urzędu pracy (osoby pozostające bez pracy, gotowe do jej podjęcia i aktywnie poszukujące pracy, jednak nie zarejestrowane w urzędzie pracy)
	osoba bezrobotna <u>zarejestrowana w Urzędzie Pracy</u> w tym długotrwale bezrobotna: Tak Nie
	osoba bierna zawodowo w tym osoba ucząca się. Tak* Nie *Planowana data zakończenia edukacji: (dzień, miesiąc, rok)
	osoba pracująca łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek
10. Status Kandydata w chwili przystąpienia do projektu	osoba należąca do mniejszości narodowej w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie odmowa podania danych osoba z niepełnosprawnościami odmowa podania danych osoba obcego pochodzenia osoba z krajów trzecich osoba opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej osoba przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań osoba korzystająca z pomocy społecznej żadne z powyższych
	W przypadku osób niepełnosprawnych prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić w trakcie Pani/Pana udziału w projekcie:

11. Dodatkowe informacje	1. Jestem osobą doświadczającą wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu jednej z przesłanek kwalifikujących mnie do objęcia wsparciem w projekcie (zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji) lub spełniającą jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy o pomocy społecznej (zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji) tak nie odmowa udzielenia odpowiedzi 2. Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących mnie do objęcia wsparciem w projekcie (zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji) lub spełniającą więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy o pomocy społecznej (zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji) tak nie odmowa udzielenia odpowiedzi 3. Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z chorobami psychicznymi/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju (zgodnie z Międzynarodową Stat. Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrow. ICD10); tak nie odmowa udzielenia odpowiedzi
12. Specjalne potrzeby	4. Jestem osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dn. 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123)–m.in. osobą z zaburzeniami zdrowia psychicznego, osobą otyłą, osobą z chorobami układu oddech. i krążenia (przesłanka nr 5 ustawy o pom. społ.), tak nie odmowa udzielenia odpowiedzi 5. Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ tak nie odmowa udzielenia odpowiedzi 6. Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy tak nie odmowa udzielenia odpowiedzi

	Specjalne potrzeby: Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: Zapewnienie tłumacza języka migowego? Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką? Wsparcie asystenta języka ukraińskiego lub innego? Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie:
--	---

13. Formy wsparcia	Obowiązkowa forma wsparcia: Diagnoza indywidualnych potrzeb i potencjałów oraz opracowanie Indywidualnej Ścieżki Reintegracji (ISR) trening kompetencji społecznych oraz warsztaty integracyjne praca socjalna- pracownik socjalny poradnictwo specjalistyczne- psycholog poradnictwo specjalistyczne- mediator poradnictwo specjalistyczne- socjoterapeuta/terapeuta poradnictwo specjalistyczne- radca prawny/ adwokat poradnictwo specjalistyczne- aplikant adwokacki/ aplikant radcowski poradnictwo specjalistyczne-poradnictwo prawno-finansowe w zakresie zapobiegania zadłużeniu osób/rodzin, poradnictwo specjalistyczne- poradnictwo rodzinne poradnictwo specjalistyczne- poradnictwo dla rodzin z problemem uzależnień, poradnictwo specjalistyczne- poradnictwo w zakresie radzenia sobie z obciążeniem emocjonalnymi pośrednik pracy szkolenie / kurs zawodowy staż
---------------------------	---

14. Oświadczenia Kandydata	Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na obszarze województwa pomorskiego w: gmina Nowa Wieś Lęborska w powiecie lęborskim miasto Lębork w powiecie lęborskim gmina Redzikowo w powiecie słupskim gmina Damnica w powiecie słupskim gmina Dębica Kaszubska w powiecie słupskim gmina Główny w powiecie słupskim gmina Kępice w powiecie słupskim gmina Potęgowo w powiecie słupskim gmina Smołdzino w powiecie słupskim Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, w tym danych należących do szczególnych kategorii (tzw. danych wrażliwych) , zawartych w formularzu i załączonych do niego dokumentach przez realizatora projektu: Usługi Psychologiczno- Edukacyjne mgr Małgorzata Laskowska oraz partnera projektu: Fundacja Lokalna Oświadczam, że zapoznałem/-am się i akceptuję Regulamin rekrutacji oraz zgodnie z zapisami Regulaminu rekrutacji kwalifikuję się do grupy docelowej projektu* * Oświadczam, iż podane wyżej dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za oświadczenie nieprawdy, na podst. art. 233 § 1 i 2 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks Karny (Dz. U. 1997r., Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) tj.: „Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Warunkiem odpowiedzialności jest, aby przyjmujący zeznanie, działając w zakresie swych uprawnień, uprzedził zeznającego o odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania lub odebrał od niego przyrzeczenie”, oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.
15. Data i miejsce sporządzenia formularza	
16. Podpis Kandydata	