

Do „REGULAMINU REKRUTACJI I UCZETNICTWA” uczestników i uczestniczek do udziału w projekcie pod nazwą: „Aktywna przyszłość” w latach 2017r. – 2021r.

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Aktywna przyszłość”

Lp.	Nazwa	Dane uczestnika	
1.	Imię (imiona)		
2.	Nazwisko		
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
4.	PESEL		Wiek
5.	Wykształcenie (zaznaczyć X)	Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/>
		Podstawowe	<input type="checkbox"/>
		Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
		Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>
		Policealne	<input type="checkbox"/>
		Wyższe	<input type="checkbox"/>
6.	Województwo	warmińsko-mazurskie	
7.	Miejscowość/poczta		Kod pocztowy
8.	Ulica/wieś		Nr domu / Nr lokalu
9.	Telefon kontaktowy		E-mail
10.	Powód zgłoszenia (zaznaczyć X jeśli dotyczy)	Jestem osobą <b>bezrobotną</b> zarejestrowaną w urzędzie pracy	<input type="checkbox"/>
		Jestem osobą <b>bierną zawodowo</b>	<input type="checkbox"/>
		Jestem osobą <b>bezrobotną niezarejestrowaną</b> w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>
		Jestem osobą z <b>niepełnosprawnością</b> , Stopień: .....	<input type="checkbox"/>
		Korzystam z <b>programu żywnościowego</b> (PO PŻ)	<input type="checkbox"/>
		Korzystam z <b>pomocy społecznej</b> od kiedy? .....	<input type="checkbox"/>
		Osoba samotnie wychowująca dziecko	<input type="checkbox"/>
<b>Wyrażam chęć uczestniczenia</b> w projekcie „Aktywna przyszłość”.			
Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza <b>nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem</b> do projektu „Aktywna przyszłość”.			
Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszeniowej są zgodne z prawdą.			
Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez realizatorów projektu – Ośrodek Pomocy Społecznej Gminy Lubawa oraz Powiatowy Urząd Pracy w Iławie, (zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 1997 r. nr 133 poz.883 z późn. zm.).			
..... Data		..... Czytelny podpis kandydata	

WERYFIKACJA SPEŁNIENIA KRYTERIÓW (WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA)		
Część I. OBOWIĄZKOWE KRYTERIA DOSTĘPU		
Miejsce zamieszkania na obszarze gminy Lubawa		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wiek 18-65		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zagrożenie wykluczeniem społecznym z przynajmniej 1 powodu		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Korzystanie z pomocy OPS Gminy Lubawa		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wiek powyżej 50 roku życia (jeśli dotyczy)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Wiek 18 – 35 lat (jeśli dotyczy)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba bezrobotna z III profilem (jeśli dotyczy)		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<b>OSOBA SPEŁNIA KRYTERIA DOSTĘPU:</b>		<input type="checkbox"/> <b>tak</b> (wypełnić część II)
		<input type="checkbox"/> <b>nie</b> (odrzuć formularz)
CZĘŚĆ II. KRYTERIA PREMIOWANE		
Płeć:	mężczyzna	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	kobieta	<input type="checkbox"/> 2 pkt.
Status na rynku pracy	Osoba bezrobotna III profil	<input type="checkbox"/> 2 pkt.
Korzystanie z programu żywnościowego (PO PŻ)		<input type="checkbox"/> 2 pkt.
Osoba z niepełnosprawnością		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi.		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba z rodziny wielodzietnej		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba samotnie wychowująca dziecko		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Wiek	18 – 35 lat	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	Kobieta 50 +	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
<b>SUMA:</b>		

.....  
Data

.....  
Podpis

ROZPOCZĘCIE UDZIAŁU W PROJEKCIE - WYPEŁNIA PRACOWNIK PROJEKTU			
1.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie		
2.	Data zakończenia udziału w projekcie		
3.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>
		W tym Długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>
		Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/>
4.	Rodzaj przyznanego wsparcia		
5.	Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niego ścieżką uczestnictwa	Tak	<input type="checkbox"/>
		Nie	<input type="checkbox"/>
6.	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie (wskazać 2)*	Osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	<input type="checkbox"/>
		Osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/>
		Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	<input type="checkbox"/>
		Osoba uzyskała kwalifikacje/ osoba nabyła kompetencje	<input type="checkbox"/>
		Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	<input type="checkbox"/>
		Inne: .....	<input type="checkbox"/>

\*Sytuacja osoby- uzupełnić do 4 tyg. po zakończeniu udziału w projekcie.

.....

Data

.....

Podpis