

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu	Świętokrzyskie źródło kwalifikacji
Numer projektu	RPSW.10.02.01-26-0031/20
Oś priorytetowa:	RPSW.10.00.00 Otwarty rynek pracy
Działanie:	RPSW.10.02.00 Działania na rzecz podniesienia aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia
Poddziałanie:	RPSW.10.02.01 Wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia
Beneficjent	PIOTR MATYSIAK „EL-TRANS”

Formularz należy wypełnić czytelnie we wszystkich BIAŁYCH POLACH, DRUKOWANYMI literami, a w miejscach z kwadracikami należy symbolem „X” ZAZNACZYĆ odpowiednie pole

DANE OSOBOWE									
Imię (imiona)									
Nazwisko									
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	Data urodzenia						
Miejsce urodzenia									
PESEL <i>(w każdej kratce należy wpisać 1 cyfrę)</i>									
Wiek w chwili przystąpienia do projektu									
Wykształcenie	brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i>								<input type="checkbox"/>
	podstawowe – ISCED 1 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	gimnazjalne – ISCED 2 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)</i>								<input type="checkbox"/>
	ponadgimnazjalne – ISCED 3 <i>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)</i>								<input type="checkbox"/>
	policealne – ISCED 4 <i>(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</i>								<input type="checkbox"/>
	wyższe – ISCED 5-8 <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich lub doktoranckich)</i>								<input type="checkbox"/>

MIEJSCE ZAMIESZKANIA (wg Kodeksu Cywilnego ¹) ORAZ DANE KONTAKTOWE			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Kod pocztowy		Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Województwo			
Powiat			
Nr telefonu			
Nr telefonu (inny)			
Adres e-mail			
Adres korespondencyjny (jeśli inny niż powyżej)			
STATUS NA RYNKU PRACY			
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ UCZĄCĄ SIĘ LUB ZAMIESZKUJĄCĄ NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ <u>zarejestrowaną</u> w Urzędzie Pracy <i>Jeśli tak, to należy załączyć zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy.</i>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ <u>niezarejestrowaną</u> w ewidencji Urzędu Pracy tj. pozostaję bez pracy, jestem gotowy/-a do podjęcia pracy i aktywnie poszukuję zatrudnienia ² , ale jednocześnie nie uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i nie jestem zarejestrowany/-a w PUP jako osoba bezrobotna.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Osobą długotrwale bezrobotną. Za osobę długotrwale bezrobotną rozumie się osobę, która pozostaje bez zatrudnienia nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy.	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO tj. pozostaję bez pracy i jednocześnie nie poszukuję pracy i/lub uczę się w trybie stacjonarnym (dziennym) i/lub przebywam na urlopie wychowawczym ³ .	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	
Oświadczam, że	<input type="checkbox"/> JESTEM	<input type="checkbox"/> NIE JESTEM	osobą odbywającą karę pozbawienia wolności

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

² Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi.

³ rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowaną opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego

Ponadto oświadczam, że należę do jednej z poniższych grup:			
Jestem osobą sprawującą stałą opiekę nad osobą zależną/osobą powracającą na rynek pracy po zakończonym okresie sprawowania opieki nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Jestem osobą po 50 roku życia (osoba, która w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie ukończyła 50 lat. Wiek uczestników określony jest na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
Posiadam ważne prawo jazdy kat B	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie		
DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI			
Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ (dane wrażliwe) Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument ⁴	<input type="checkbox"/> tak		<input type="checkbox"/> nie
Stopień niepełnosprawności (o ile dotyczy)	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowany	<input type="checkbox"/> znaczny
Data ważności orzeczenia (o ile dotyczy)			

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie pt. „Świętokrzyskie źródło kwalifikacji”
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Świętokrzyskie źródło kwalifikacji” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego na podstawie umowy z Wojewódzkim Urzędem Pracy, pełniącym rolę Instytucji Pośredniczącej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.
3. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
4. Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. wsparcie identyfikacyjno – doradcze, szkolenia zawodowe, pośrednictwo pracy, staże zawodowe.
7. Zobowiązuję się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie tj. statusu na rynku pracy i potwierdzenia uzyskania kwalifikacji.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
9. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.

⁴ W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego dopuszczalne jest przedłożenie innego dokumentu wydanego przez lekarza, poświadczającego stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia.

10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Piotr Matysiak „EL TRANS”, 27-100 Hża, ul. Garbarska 10a na potrzeby rekrutacji.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu zgłoszeniowym udziału w projekcie oraz innych oświadczeniach i dokumentach stanowiących integralną część dokumentacji aplikacyjnej odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW SKŁADANYCH Z FORMULARZEM ZGŁOSZENIOWYM

Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu - <i>zał. 1 do Formularza zgłoszeniowego</i>	<input type="checkbox"/>
Oświadczenie kandydata na uczestnika projektu - <i>zał. 2 do Formularza zgłoszeniowego</i>	<input type="checkbox"/>
Zaświadczenie pobrane z ZUS potwierdzające kwalifikowalność uczestnika jako osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w Urzędzie Pracy / biernej zawodowo (druk US-7)	<input type="checkbox"/>
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument wydany przez lekarza poświadczający stan zdrowia tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię o stanie zdrowia (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego) oraz Oświadczenie o specjalnych potrzebach – <i>zał. 2 do Formularza zgłoszeniowego</i>	<input type="checkbox"/>

WYPEŁNIA PRACOWNIK BIURA PROJEKTU:

DATA WPŁYWU		SPOSÓB DOSTARCZENIA	mailowo / pocztą / osobiście
OSOBA PRZYJMUJĄCA ZGŁOSZENIE (IMIĘ I NAZWISKO)			
OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE DANE SĄ ZGODNE Z OKAZANYM DOKUMENTEM TOŻSAMOŚCI			
PODPIS OSOBY REPREZENTUJĄCEJ BENEFICJENTA PROJEKTU			

OŚWIADCZENIE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU
Świętokrzyskie źródło kwalifikacji
PRSW.10.02.01-26-0031/20

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko)

zamieszkały/a.....
(adres zamieszkania)

pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie **Świętokrzyskie źródło kwalifikacji Nr PRSW.10.02.01-26-0031/20**, realizowanym na terenie województwa świętokrzyskiego i współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa: RPSW.10.00.00 Otwarty rynek pracy; Działanie: RPSW.10.02.00 Działania na rzecz podniesienia aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia Poddziałanie RPSW.10.02.01 Wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia - projekty konkursowe.
2. Zapoznałem/łam się z **Regulaminem Uczestnictwa w projekcie Świętokrzyskie źródło kwalifikacji** i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/-a do udziału w ww. projekcie. Akceptuję warunki regulaminu i zobowiązuję się do ich przestrzegania. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o wszystkich zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status).
3. Zostałem/am poinformowany/a, że ww. Projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020.
4. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do udziału w projekcie.
5. **Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie** tzn. jestem osobą zamieszkującą na obszarze województwa świętokrzyskiego, w wieku powyżej 29 lat, przynależącą do jednej z niżej wymienionych grup:
 - Osoby po 50 roku życia
 - Osobą bezrobotną (w tym zarejestrowane w Powiatowym/Miejskim Urzędzie Pracy jako bezrobotne),
 - Osobą długotrwale bezrobotną,
 - Osobą bierną zawodowo,
 - Osobą uczącą i zamieszkującą woj. świętokrzyskie
 - Osobą o niskich kwalifikacjach
6. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych i/lub ewaluacyjnych oraz innych badaniach dotyczących realizowanego Projektu na początku, w trakcie i po zakończeniu jego realizacji.
7. Zamierzam skorzystać ze wszystkich proponowanych mi form wsparcia w ramach projektu, tj.: indywidualnej identyfikacji potrzeb, indywidualnego poradnictwa zawodowego, indywidualnego pośrednictwa pracy, szkolenia zawodowego i stażu – zgodnie ze ścieżką wsparcia zaplanowaną w Indywidualnym Planie Działania.

Niniejszym zobowiązuję się do:

- w ciągu 4 tygodni od zakończeniu udziału w projekcie dostarczenia do Beneficjenta dokumentów potwierdzających poszukiwanie pracy (oświadczenie/zaświadczenie z PUP), uzyskanie kwalifikacji (certyfikaty, dyplomy, zaświadczenia) lub podjęcie zatrudnienia (w przyp. umów o pracę - kserokopia umowy o pracę z oryginałem do wglądu) lub innej pracy zarobkowej (w przyp. Samozatrudnienia – oryginał CEIDG/KRS, kserokopia potwierdzenia opłacenia składek ZUS, lub innych wymaganych przez Beneficjenta wraz z oryginałami tych dokumentów do wglądu) na podstawie: umowy o pracę na min. 1 miesiąc i min. ½ etatu.

- w ciągu 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie dostarczenia do Beneficjenta dokumentów potwierdzających dalszą aktywizację społeczną (zaświadczenie np. o podjęciu nauki/wolontariatu/rejestracji w PUP, certyfikaty ze szkoleń) lub podjęcie zatrudnienia (w przyp. umów o pracę – kserokopia umowy o pracę z oryginałem do wglądu) lub innej pracy zarobkowej (w przyp. samozatrudnienia - oryginał CEIDG/KRS, kserokopia potwierdzenia opłacenia składek ZUS/podatku przez okres 3 miesięcy lub innych wymaganych przez Beneficjenta wraz z oryginałami tych dokumentów do wglądu) na podstawie: umowy o pracę na min. 1 miesiąca i min. ½ etatu.

8. Zobowiązuję się do wypełniania dokumentów związanych z Projektem - złożę komplet wymaganych oświadczeń, deklaracji oraz podpiszę umowę uczestnictwa w projekcie, a w przypadku wystąpienia wątpliwości przedstawię inne informacje, o ile będą niezbędne do wyjaśnienia wątpliwości.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu

Załącznik nr 2 do Formularza zgłoszeniowego

OŚWIADCZENIE O SPECJALNYCH POTRZEBACH

Ja niżej podpisany/a

zamieszkały w

oświadczam, iż zostałem spytany/a o specjalne potrzeby ze względu na posiadany stopień niepełnosprawności.

9. Niniejsze oświadczenie, wydaję w związku z przystąpieniem do udziału w projekcie pn. „**Świętokrzyskie źródło kwalifikacji**” realizowanym na terenie województwa świętokrzyskiego i współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa: RPSW.10.00.00 Otwarty rynek pracy; Działanie: RPSW.10.02.00 Działania na rzecz podniesienia aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia Poddziałanie RPSW.10.02.01 Wsparcie aktywności zawodowej osób powyżej 29 roku życia pozostających bez zatrudnienia - projekty konkursowe.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis kandydata na uczestnika projektu