

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 | | |
| Posiadam ważne prawo jazdy kat C <i>(dotyczy osób ubiegających się o kat. D)</i> | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie | | |
| DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI | | | | | | |
| Oświadczam, że JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ <i>(dane wrażliwe)</i> <i>Jeśli tak, to należy załączyć kserokopię orzeczenia lub inny równoważny dokument⁴</i> | <input type="checkbox"/> | tak | <input type="checkbox"/> | nie | | |
| Stopień niepełnosprawności <i>(o ile dotyczy)</i> | <input type="checkbox"/> | lekki | <input type="checkbox"/> | umiarkowany | <input type="checkbox"/> | znaczny |
| Data ważności orzeczenia <i>(o ile dotyczy)</i> | | | | | | |

Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- Zgłaszam chęć udziału w Projekcie pt. „Świętokrzyskie źródło kwalifikacji”
- 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.
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym. Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
- Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z Regulaminem w/w Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim.
- Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia w projekcie tj. wsparcie identyfikacyjno – doradcze, szkolenia zawodowe, pośrednictwo pracy, staże zawodowe.
- Zobowiązuje 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.
- Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
- 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