



### FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn. „**Aktywna integracja realizowana przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słubicach**” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Lubuskie 2020 współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach osi Priorytetowej VII Równowaga społeczna, Działanie 7.2 Programy aktywnej integracji realizowane przez powiatowe centra pomocy rodzinie.

**\* Proszę zaznaczyć „X” we właściwej kratce lub dokonać odpowiedzi w przypadku pozostałych pytań (proszę o wypełnienie formularza drukowanymi literami)**

<b>Imię (imiona) i Nazwisko</b>			
<b>PESEL</b>		<b>Seria i nr dowodu osobistego</b>	
<b>Data urodzenia</b>		<b>Wiek</b>	
<b>Stan Cywilny</b>		<b>Płeć*</b>	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>Adres zamieszkania</b>			
<b>Adres do korespondencji</b> (jeżeli inny niż adres zamieszkania)			
<b>Obszar*</b>	<input type="checkbox"/> miejski	<b>Województwo</b>	
	<input type="checkbox"/> wiejski	<b>Powiat</b>	
<b>Wykształcenie*</b>	brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/>		
<b>Numer telefonu</b>		<b>Adres e-mail</b>	
<b>Dane rodzica/ opiekuna prawnego w przypadku małoletniego uczestnika projektu</b>	Imię (imiona) ..... Nazwisko..... PESEL .....		
	Adres do kontaktu i korespondencji: .....		
	..... Telefon .....		
<b>Status kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu *</b>	Jestem osobą <b>bezrobotną</b> zarejestrowaną w PUP - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>		
		Jeśli TAK; - proszę podać nr przydzielonego profilu przez PUP (od I do III)	
		W tym długotrwale bezrobotny/a (bezrobotny/a pozostający/a w rejestrze PUP łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat)	tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	Jestem osobą <b>bierną zawodowo</b> tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>		
		W tym uczący/a się lub kształcący/a	tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>
	Jestem osobą <b>zatrudnioną</b> tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> , w tym		
		Rolnik	
		Samozatrudniony	
	Zatrudniony w mikroprzedsiębiorstwie ( od 2 do 9 pracowników)		
	Zatrudniony w małym przedsiębiorstwie ( od 10 do 49 pracowników)		
	Zatrudniony w średnim przedsiębiorstwie ( od 50 do 249 pracowników)		
	Zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników)		
	Zatrudniony w administracji publicznej		
	Zatrudniony w administracji pozarządowej		



<b>Kwalifikacje, doświadczenie zawodowe</b>	Posiadam kwalifikacje zawodowe - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> Jeśli TAK to jakie? ..... ..... Doświadczenie zawodowe ..... ..... Plany zawodowe ..... Cele do realizacji (kursy, szkolenia itp.) .....	
<b>Korzystanie z programu żywnościowego PO PŻ</b>	Jestem osobą korzystającą z programu żywnościowego PO PŻ - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
<b>Kwalifikacja do jednej z grup docelowych</b>	<b>Jestem osobą z niepełnosprawnością</b> tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> Jeśli TAK, to mam orzeczonego stopień niepełnosprawności : tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stopień znaczny / inwalidzi I grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy i samodzielnej egzystencji <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany / inwalidzi II grupy/ osoby całkowicie niezdolne do pracy <input type="checkbox"/> stopień lekki / inwalidzi III grupy/ osoby częściowo niezdolne do pracy Jeśli TAK podaj rodzaj schorzenia (symbole przyczyny niepełnosprawności) ..... Do kiedy jest ważne orzeczenie .....	
	Specjalne potrzeby uczestnika projektu	Czy osoba z niepełnosprawnością posiada specjalne potrzeby, związane z uczestnictwem w projekcie? Jeżeli TAK to proszę podać jakie, ..... ..... Zgłoszenie specjalnych potrzeb pozwoli na to, aby realizator projektu (PCPR w Słubicach) mógł spełnić je w możliwie największym stopniu, w szczególności np. poprzez zapewnienie sal do zajęć dostępnych dla osób z różnego rodzaju niepełnosprawnościami.
	<b>Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej</b> - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	<b>Jestem osobą opuszczającą pieczę zastępczą</b> - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	
	<b>Jestem osobą przeżywającą trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo – wychowawczych</b> - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> , w tym <b>rodziną zastępczą</b> tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/> ,	
<b>Opieka nad dzieckiem do lat 7 lub osobą zależną</b>	Opiekuję się dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną - tak <input type="checkbox"/> / nie <input type="checkbox"/>	

**WYPEŁNIENIE FORMULARZA NIE JEST RÓWNOZNACZNE Z ZAKWALIFIKOWANIEM SIĘ DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE !**

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych zgodnie z art. 233 Kodeksu karnego, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2015r. poz. 2135 z późn. zm.).
- Oświadczam także, iż zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Aktywna integracja realizowana przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słubicach” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Lubuskie 2020, Oś Priorytetowa VII Równowaga społeczna, Działanie 7.2 Programy aktywnej integracji realizowane przez powiatowe centra pomocy rodzinie.
- Zgłaszając swoją osobę wyrażam zgodę uczestnictwa w projekcie „Aktywna integracja realizowana przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słubicach”.
- Zobowiązuje się do dostarczenia po zakończeniu udziału w projekcie dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społeczno – zatrudnieniowej.<sup>1</sup>

.....  
miejsce i data

.....  
czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego<sup>2</sup>

<sup>1</sup> nie dotyczy osób o których mowa w podrozdziale 4.7 pkt 2 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020

<sup>2</sup> Dotyczy osób, które nie ukończyły 18 roku życia