**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)…………………………….

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane uczestnika | *Imię i nazwisko* |  |
| *Płeć* |  |
| *Data urodzenia* |  |
| *Miejsce urodzenia* |  |
| *Wiek w chwili przystąpienia do Projektu* |  |
| *PESEL* |  |
| *NIP* |  |
| *Nr dowodu osobistego* |  |
| *Stan cywilny* |  |
| *Wykształcenie* | *brak* ❑*podstawowe* ❑*gimnazjalne* ❑ | *ponadgimnazjalne* ❑ *pomaturalne* ❑*wyższe* ❑ |
| *Opieka nad dzieckiem do lat 7 lat lub osobą zależną*  | *tak* ❑ *nie* ❑  |
| Adres zameldowaniastałego | *Ulica* |  |
| *Nr domu* |  |
| *Nr lokalu* |  |
| *Miejscowość*  |  |
| *Kod pocztowy, poczta* |  |
| *Powiat* |  |
| *Województwo* |  |
| *Obszar miejski* ❑ | *Obszar wiejski* ❑*(gminy wiejskie, wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)*  |
| Dane kontaktowe | *Ulica, Nr domu, Nr lokalu* |  |
| *Kod pocztowy, poczta* |  |
| ***Proszę o wypełnienie jeżeli dane te SĄ INNE niż w tabeli Adres zameldowania*** |
| *Telefon stacjonarny* |  |
| *Telefon komórkowy* |  |
| *Adres poczty e-mail* |  |
| Dane dodatkowe | *Korzystam z pomocy społecznej* *rodzaj świadczenia………………………………………….* | *tak* ❑ *nie* ❑  |
| *Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa* | *tak* ❑ *nie* ❑  |
| Status na rynku pracy | 1. *Jestem* ***osobą bezrobotną******zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy*** *(w rozumieniu Ustawy z dnia 20.IV.2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy), jednocześnie:*

*- niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia,**- zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy.* | *tak*❑ *nie\**❑ \*przejdź do pytania 2  |
| *1.a W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/em zarejestrowana/y jako osoba bezrobotna w PUP przez okres* | *0-12 miesięcy* ❑ *12-24 miesięcy* ❑  |
| *1.b Jestem osobą długotrwale bezrobotną*  | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| *1.c Inne* |  |
| 1. *Jestem* ***osobą bezrobotną niezarejestrowaną*** *w ewidencji urzędów pracy*
 | *tak* ❑ *nie* ❑  |
| *2.a Jestem osobą długotrwale bezrobotną*  | *tak* ❑ *nie\** ❑\*przejdź do pytania 3 |
| *2.b Inne* |  |
| 1. *Jestem* ***osobą bierną zawodowo*** *(pozostającą bez zatrudnienia, ale nie osobą bezrobotną):*
 | *tak* ❑ *nie \**❑ \*przejdź do pytania 4 |
| *3.a Uczę się w systemie:* | *dziennym* ❑ *zaocznym* ❑ *wieczorowym* ❑ *nie dotyczy* ❑ |
| *3.b Osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu* | *tak* ❑ *nie* ❑  |
| *3.c Inne (jakie……………………………………………..)* | *tak* ❑ *nie* ❑  |
| 1. *Jestem* ***osobą pracującą***
 | *tak* ❑ *nie* ❑  |
| *4.a Wykonywany zawód* |  |
| *4.b Zatrudniony w*  |  |
| 1. *Jestem* ***rolnikiem***
 | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Status uczestnika  | *Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia* | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| *Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań* | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| *Osoba z niepełnosprawnościami* | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| *Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)* | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| *Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu………………….* | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| *Dodatkowe informacje:**a)Uzasadnienie wyboru uczestnictwa Pana/ Pani w Projekcie:**b) Specjalne potrzeby Pana/Pani (w tym w związku z niepełnosprawnością):* |
| *Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:*1. *„Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”,*
2. *„Oświadczam, że samodzielnie , z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w Projekcie organizowanym przez Centrum Usług Społecznych w Adamówce”,*
3. *„Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania kontraktu socjalnego w ramach Projektu”,*
4. *„Deklaruję uczestnictwo w całym przewidzianym wsparciu”,*
5. Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu Projektu *„Dzienny Dom Pomocy „Ciepliczanka” w Gminie Adamówka*” zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”,
6. *Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu „Dzienny Dom Pomocy „Ciepliczanka” w Gminie Adamówka*” *ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,*
7. *Jestem świadomy/a, że złożenie Kwestionariusza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie.*
 |
| *…………………………………………………………………… ………………………………………………………………….* *Data i podpis osoby przyjmującej Data i własnoręczny podpis osoby*  *oświadczenie składającej oświadczenie*  |