



FORMULARZ REKRUTACYJNY

DO PROJEKTU „Aktywna integracja – równe szanse – lepsza przyszłość”

Numer projektu: RPSW.09.02.01-26-0033/16

(Proszę o wypełnienie drukowanymi literami)

Podpis osoby przyjmującej:

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA DO PROJEKTU

Imię / Imiona											
Nazwisko											
Data urodzenia											
Miejsce urodzenia											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
Wiek (pełne lata)											
PESEL:											

II. DANE PERSONALNE OPIEKUNA PRAWNEGO (JEŻELI DOTYCZY)

Imię / Imiona											
Nazwisko											
Data urodzenia											
Miejsce urodzenia											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
Wiek (pełne lata)											
PESEL:											

III. DANE KONTAKTOWE KANDYDATA DO PROJEKTU

Adres zamieszkania:			
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Ulica:			



College Medyczny, ul. Wesoła 19/3, 25-305 Kielce, Email: sekretariat@college-med.pl Telefon: 41-33-08-800



Nr domu:		Nr lokalu:	
Gmina:		Powiat:	
Województwo:			
Obszar ¹	<input type="checkbox"/> Miejski	<input type="checkbox"/> Wiejski ²	
Adres e-mail		Telefon kontaktowy:	
Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż zameldowania)			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	

IV. STATUS KANDYDATA DO PROJEKTU (STATUS NA RYNKU PRACY I / LUB INNE DANE POZWALAJĄCE OCENIĆ PRZYNALEŻNOŚĆ KANDYDATA DO DANEJ GRUPY DOCELOWEJ)

	Status na rynku pracy
Status uczestnika	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna, tj. pozostająca bez zatrudnienia przez okres co najmniej kolejnych 12 m-cy w ciągu ostatnich 2 lat zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, czyli niepracująca, nie zarejestrowana w PUP, nieposzukująca pracy, <u>ucząca się</u> <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, czyli niepracująca, nie zarejestrowana w PUP, nieposzukująca pracy, <u>nie ucząca się</u> <input type="checkbox"/> Studentem/tka studiów niestacjonarnych <input type="checkbox"/> Osobą będącą na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu rodzicielskiego) <input type="checkbox"/> Dziecko

¹ Zgodnie z definicją Głównego Urzędu statystycznego, która opiera się na podziale jednostek administracyjnych zastosowanym w rejestrze Krajowego Rejestru Urzędowego Podziału Terytorialnego Kraju (TERYT).

² Obszary wiejskie należy rozumieć zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, która opiera się na podziale jednostek administracyjnych zastosowanym w rejestrze TERYT. Według GUS, obszarami wiejskimi są tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej.





Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe
Jestem osobą niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> Tak, i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu <input type="checkbox"/> lekkim, <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym <input type="checkbox"/> Nie
Opiekuję się dzieckiem lub osobą zależną ³	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem samotną matką wychowującą dziecko/ci do lat 6-ciu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Informacje dodatkowe w tym sytuacja gospodarstwa domowego	Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą obcego pochodzenia? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
	Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy jest Pan(i) osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu : <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy posiada Pan(i) pod opieką dziecko do 6-ciu lat lub osobę zależną? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Czy jest Pan(i) osobą w innej (niż wymienione powyżej) niekorzystnej sytuacji społecznej? <input type="checkbox"/>

Miejscowość, data

*Czytelny podpis Kandydata do Projektu/
lub Opiekuna Prawnego*

³ Oznacza to osobę w rozumieniu Ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. Nr 99 z 2004 r., poz. 1001, z poz. zm.) wymagającą ze względu na stan zdrowia lub wiek stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą uczestniczącą w projekcie, pozostająca z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.





IV. FORMY WSPARCIA

(proszę wstawić w wybrane pole znak x)

- warsztaty
- poradnictwo specjalistyczne
- doradztwo

V. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie tj.:

- jestem osobą zamieszkałą w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego na terenie województwa świętokrzyskiego;
- jestem/nie jestem osobą posiadającą stopień niepełnosprawności⁴;
- jestem/nie jestem osobą bierną zawodowo⁵;
- jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z co najmniej jednego powodu spośród wskazanych w z art.7 ustawy o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004r.⁶

Miejscowość, data

*Czytelny podpis Kandydata do Projektu/
lub Opiekuna Prawnego*

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Aktywna integracja-równe szanse-lepsza przyszłość” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. administratorem moich danych osobowych jest Zarząd Województwa Świętokrzyskiego pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, mający siedzibę przy Al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce;
2. podstawę prawną przetwarzania moich danych osobowych stanowi art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz. U. z 2002 r.

⁴ Niepotrzebne skreślić

⁵ Osoby biernie zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby biernie zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za biernie zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za biernie zawodowo.

⁶ Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) uchylony; 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.





Nr 101 poz. 926, ze zm.) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020;

3. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Aktywna integracja-równe szanse -lepsz przyszłość”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu;
4. moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Zarządzającej, beneficjentowi realizującemu projekt College Medyczny, ul. Wesoła 19/3 25-305 Kielce oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu. Moje dane osobowe mogą zostać udostępnione firmom badawczym realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej oraz specjalistycznym firmom realizującym na zlecenie IZ kontrole w ramach RPO WŚ;
5. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
6. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania;
7. zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie zawartymi w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Aktywna integracja-równe szanse -lepsz przyszłość” i akceptuję zawarte w nich warunki;
8. zostałam(em) poinformowana(y), że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Funduszu Społecznego);
9. wyrażam zgodę na wykorzystywanie i upowszechnianie mojego wizerunku przez College Medyczny w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych i prezentacjach na potrzeby realizowanego Projektu, prowadzonej działalności oraz informacji i promocji Europejskiego Funduszu Społecznego i zrzekam się wszelkich roszczeń z tytułu wykorzystywania go na potrzeby podane w niniejszym oświadczeniu; ponadto mój wizerunek może zostać udostępniony innym podmiotom w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem, ewaluacją i sprawozdawczością z ramach RPO WŚ;
10. wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie realizacji Projektu i po jego zakończeniu;
11. jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;
12. jestem zarejestrowana/y w PUP/MUP wg miejsca zamieszkania jako osoba bezrobotna - na potwierdzenie załączam aktualne zaświadczenie wydane przez PUP – *zapis dotyczy tylko osób bezrobotnych zarejestrowanych w PUP/MUP*;
13. jestem osobą zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym z co najmniej jednego powodu spośród wskazanych w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r o pomocy społecznej;
14. w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa we wszystkich przewidzianych formach;
15. uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą;



College Medyczny, ul. Wesoła 19/3, 25-305 Kielce, Email: sekretariat@college-med.pl Telefon: 41-33-08-800



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



16. w okresie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie pn. „Aktywna integracja-równe szanse - lepsza przyszłość” zobowiązuję się do informowania College Medyczny w Kielcach o wszelkich zmianach związanych z moją sytuacją zawodową na rynku pracy (np. nawiązanie stosunku pracy).

Miejscowość, data

*Czytelny podpis Kandydata do Projektu/
lub Opiekuna Prawnego*



College Medyczny, ul. Wesoła 19/3, 25-305 Kielce, Email: sekretariat@college-med.pl Telefon: 41-33-08-800



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DECYZJA

w sprawie kwalifikacji do projektu Komisja Kwalifikacyjna po sprawdzeniu kompletności dokumentów oraz wymagań kwalifikacyjnych postanawia:

1. zakwalifikować do udziału w projekcie
2. wpisać na listę rezerwową,
3. nie zakwalifikować do udziału w projekcie

Czytelne podpisy członków komisji kwalifikacyjnej

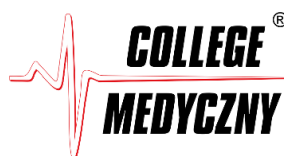
1 _____

2 _____

3 _____

Miejscowość

Data



College Medyczny, ul. Wesoła 19/3, 25-305 Kielce, Email: sekretariat@college-med.pl Telefon: 41-33-08-800