



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

.....
(data oraz podpis osoby przyjmującej)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DLA CZŁONKA RODZINY OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Formularz Zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę Projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem 'X' odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (na przykład *tak, nie, odmowa podania danych*). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone *tak, nie lub odmowa podania danych*).

Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

Część I Dane Projektu		
1	Nazwa Beneficjanta	miasto stołeczne Warszawa
2	Partnerzy	Polski Związek Niewidomych Fundacja Szansa dla Niewidomych
3	Tytuł projektu	„Aktywna Warszawa – program wsparcia społeczno – zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku”
4	Numer projektu	RPMA.09.01.00-14-2159/15/00
5	Priorytet, Działanie	IX , 9.1

Część II Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Płeć	
	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Adres zamieszkania	Miasto	
	Dzielnica	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres (e-mail)	





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)	
Wykształcenie (należy zaznaczyć "X" przy odpowiedniej pozycji)	Brak <i>Brak formalnego wykształcenia</i>	
	Podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>	
	Gimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>	
	Ponadgimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>	
	Policealne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>	
	Wykształcenie Wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>	

Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu			
	TAK	NIE	
Oświadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)	jestem osobą bezrobotną dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy		
	jestem osobą bezrobotną krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy		
	jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy dłużej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia		
	jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy krócej niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia		
	jestem osobą nieaktywną zawodowo (bierną zawodową), w tym:		
	• jestem osobą uczącą się		
	• nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu		
	• inne		
	jestem osobą aktywną zawodowo (pracującą)		
w tym zagrożoną utratą pracy			
liczba osób w gospodarstwie domowym wynosi:			



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

<p>Oświadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</p>	<p>jestem osobą przebywającą we wspólnym gospodarstwie domowym, w którym jest osoba z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym (z powodu dysfunkcji wzroku) lub posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z innego powodu niż dysfunkcja wzroku, i która zadeklarowała chęć uczestnictwa w Projekcie. Imię i nazwisko osoby:</p>			
		TAK	NIE	ODMOWA PODANIA DANYCH
	<p>korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.) finansowych i/lub niefinansowych</p>			
	<p>nie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej, jednak kwalifikuję się do objęcia wsparciem z pomocy społecznej</p>			
	<p>Dane dodatkowe</p>			
	<p>jestem osobą z niepełnosprawnością</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH
	<p>jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących. Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje, tj. wszyscy członkowie gospodarstwa są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	<p>w tym: jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są biernie zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<p>jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. Osoba dorosła to osoba powyżej 18 r.ż.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE		



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

<p>Oświadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)</p>	<p>jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależącą do mniejszości narodowej lub etnicznej.</p> <p>Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH
	<p>jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	<p>jestem osobą żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej).</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA DANYCH

O projekcie „Aktywna Warszawa – program wsparcia społeczno–zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku” dowiedziałem/łam się z:

JA NIŻEJ PODPISANY/A:
(imię i nazwisko)

OŚWIADCZAM, że :

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia**, są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Aktywna Warszawa – program wsparcia społeczno – zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
4. Deklaruję swój udział w projekcie „Aktywna Warszawa – program wsparcia społeczno– zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu (Lidera).



MIASTO
STOŁECZNE
WARSZAWA





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

6. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społeczno-zatrudnieniowej po zakończonym udziale w Projekcie.
7. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Aktywna Warszawa – program wsparcia społeczno – zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
8. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania Dokumentów rekrutacyjnych do powyższego Projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Warszawa, dnia

.....

podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora (Lidera) w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).

Warszawa, dnia

.....

podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam nieodwołalną zgodę na nieodpłatne, wielokrotne i bezterminowe wykorzystanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia, przez Organizatora (Lidera) projektu „Aktywna Warszawa – program wsparcia społeczno-zawodowego rodzin z osobami z dysfunkcją wzroku” – miasto stołeczne Warszawa i Partnerów Projektu: Polski Związek Niewidomych i Fundacja Szansa dla Niewidomych – w celach wynikających z zasad realizacji, dokumentowania i promocji ww. Projektu, zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U z 2016 poz. 666, z późn. zm.), to jest w szczególności dla celów dokumentacji fotograficznej i audiowizualnej oraz promocji działań, w ramach Projektu, w publikacjach oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji o Projekcie. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie zdjęć i nagrań video nie stanowi naruszenia moich dóbr osobistych.

Warszawa, dnia

.....

podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego



MIASTO
STOŁECZNE
WARSZAWA





Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

PROTOKÓŁ KOMISJI REKRUTACYJNEJ

CZĘŚĆ I OCENA FORMALNA										
Kryteria formalne						TAK	NIE			
Osoba składająca Formularz Zgłoszeniowy wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wszystkie pola Formularza Zgłoszeniowego są wypełnione.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Formularz Zgłoszeniowy został podpisany przez Kandydata w wyznaczonych do tego miejscach i zawiera datę.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Wszystkie oświadczenia będące załącznikami do Regulaminu zostały opatrzone aktualną datą oraz podpisane przez Kandydata.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Przynależność do grupy docelowej										
Kandydat jest mieszkańcem Warszawy.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kandydat jest członkiem rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kandydat jest nieaktywny zawodowo (bierny zawodowo) lub bezrobotny w wieku 16-65 lat.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kandydat jest aktywny zawodowo (pracujący), lecz zagrożony utratą pracy, w wieku 35-52 lata.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kandydat jest członkiem rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12.03.2004 r.), w której jest osoba z orzeczoną niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym (z powodu dysfunkcji wzroku) lub posiada orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu znacznym lub umiarkowanym z innego powodu niż dysfunkcja wzroku i posiada zaświad. okulistyczne o schorzeniu wzroku.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Orzeczenie o niepełn.	N/D	Zaświad. UP	TAK	NIE	N/D	Zaświad. o zagr. utratą pracy	TAK	NIE	N/D	
Rekomenduję do oceny merytorycznej										
Data i podpis										
Uwagi:										

CZĘŚĆ II OCENA MERYTORYCZNA

korzystanie z pomocy społecznej lub PO PŻ (50 pkt.)	pkt:	osoby z wykształceniem niskim (15 pkt.)	pkt:
osoby z wykształceniem średnim /policealnym/ (10 pkt.)	pkt:	osoby z wykształceniem wyższym (5 pkt.)	pkt:
osoby z orz. niepełnosprawnością ze względu na dysfunkcję wzroku (10 pkt.)	pkt:	wynik Ankiety motywacyjnej (5-25 pkt.)	pkt:

Razem liczba punktów:

Wynik rozmowy rekrutacyjnej przeprowadzonej w dniu	<input type="checkbox"/> POZYTYWNY	<input type="checkbox"/> NEGATYWNY
Uzasadnienie:		

Decyzja o przyjęciu do Projektu:	<input type="checkbox"/> POZYTYWNA	<input type="checkbox"/> NEGATYWNA
----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

Data i podpis członków Komisji Rekrutacyjnej (Przewodniczący Komisji, przedstawiciel Partnera Projektu, psycholog):

1..... 2 3



MIASTO
STOŁECZNE
WARSZAWA



SZANSA
CHANCE
Fundacja Szansa dla Niewidomych
Chance for the Blind Foundation

