

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi, pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak **X** przy wybranej pozycji.

Nr projektu grantowego	43/2020/DS		
Nazwa grantobiorcy	GMINNY OŚRODEK KULTURY Z SIEDZIBĄ W KRUSZYNIE		
Okres realizacji projektu objętego grantem	OD:	01.02.2021	DO: 31.05.2021

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
PESEL			
Płeć	KOBIETA <input type="checkbox"/>	MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/>	
Adres zamieszkania ¹			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu (jeśli dotyczy)	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon: stacjonarny/komórkowy			
Adres e-mail			
Wykształcenie	Brak wykształcenia		<input type="checkbox"/>
	Wiek, w który dziecko rozpoczęło naukę w szkole podstawowej		<input type="checkbox"/> 6 lat

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

			<input type="checkbox"/> 7 lat		
	Podstawowe		<input type="checkbox"/>		
	Gimnazjalne		<input type="checkbox"/>		
	Ponadgimnazjalne	Liceum	<input type="checkbox"/>		
		Technikum	<input type="checkbox"/>		
		Szkoła Zawodowa/szkoła branżowa	<input type="checkbox"/>		
	Policealne		<input type="checkbox"/>		
Wyższe		<input type="checkbox"/>			
Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Bezrobotny	STATUS		TAK	
		Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędupracy		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		Bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji urzędu pracy		<input type="checkbox"/>	
	Osoba bierna zawodowo	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu			
		Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/>	
		inna		<input type="checkbox"/>	
	Osoba pracująca	Tak	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
	Miejsce zatrudnienia	Osoba pracująca w administracji rządowej		<input type="checkbox"/>	
		Osoba pracująca w administracji samorządowej		<input type="checkbox"/>	
		Osoba pracująca w MMŚP (Małe, Mikro, Średnie Przedsiębiorstwo)		<input type="checkbox"/>	
		Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/>	
		Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		<input type="checkbox"/>	
		Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		<input type="checkbox"/>	
		Inne		<input type="checkbox"/>	
	Proszę podać miejsce zatrudnienia				
Wykonywany zawód	instruktor praktycznej nauki zawodu		<input type="checkbox"/>		

		nauczyciel kształcenia ogólnego	<input type="checkbox"/>	
		nauczyciel wychowania przedszkolnego	<input type="checkbox"/>	
		nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/>	
		pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/>	
		kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/>	
		pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/>	
		pracownik instytucji szkolnictwa wyższego	<input type="checkbox"/>	
		pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>	
		pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/>	
		pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/>	
		rolnik	<input type="checkbox"/>	
		Inny wykonywany zawód	<input type="checkbox"/>
		Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Szczególna sytuacja uczestnika projektu	STATUS
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (<i>brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji</i>)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami (<i>brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji</i>)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (<i>brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji</i>)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Przynależność uczestnika do grupy docelowej	Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	GRUPA DOCELOWA	TAK	
		Osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z	<input type="checkbox"/>	

		<p>pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r.</p> <p>o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające, co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</p>	
		Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/>
		Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>
		Osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	<input type="checkbox"/>
		Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/>
		Osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytocznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans	<input type="checkbox"/>

		kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;	
		Członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/>
		Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ²	<input type="checkbox"/>
		Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>
		Osoby korzystające z PO Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>
		Osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego	<input type="checkbox"/>
Przynależność uczestnika do grupy docelowej	Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	Osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/>
		Osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania	<input type="checkbox"/>

² Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Zgodnie z definicją aktualnych Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020

		rodzinnej pieczy zastępczej	
		Osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego	<input type="checkbox"/>
Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych	<p>W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności, prosimy o podanie takiej informacji podczas zgłoszenia, celem odpowiedniego przygotowania miejsca spotkania.</p> <p>.....</p>		
Załączam dokumenty:		<input type="checkbox"/>	
ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH STATUS UCZESTNIKA/PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY:			
Lp.	Nazwa dokumentu	Data dokumentu	
OŚWIADCZENIA :			
1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297§ 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137) oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu objętego grantem w ramach Projektu grantowego LGD „Projekty grantowe Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Dorzecza Zgłowiączki w ramach osi 11”			
2. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym; znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137)			
3. Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/ła w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem			
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w <i>Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem.</i>			

Kruszyn,

.....
Miejscowość i Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:

DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: