



NR IDENTYFIKACYJNY:

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

nr POWR.01.05.01-00-0126/20
pn. „SPRAWNA DROGA DO ZATRUDNIENIA”

DANE OSOBOWE UCZESTNIKA:

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Adres zamieszkania:	
Miejscowość:
Powiat:
Gmina:
Ulica i numer domu:
Data złożenia dokumentów rekrutacyjnych (DD-MM-RRRR)	
Data kwalifikacji do projektu (DD-MM-RRRR) - wypełnia Beneficjent projektu	

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z okazanym dokumentem tożsamości.

.....
(data i czytelny podpis osoby reprezentującej Beneficjenta projektu)



PROSZĘ O ZAZNACZENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PANA/PANI SYTUACJI W MOMENCIE REKRUTACJI DO PROJEKTU – możliwy jest wybór kilku opcji:

**I CZĘŚĆ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:
OŚWIADCZAM, ŻE:**

JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ¹

W tym:

JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO, tzn. nie pracuję, nie jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy i nie poszukuję pracy.

JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY, tzn. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia².

JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ ZAREJESTROWANĄ W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY, tzn. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy.

JESTEM OSOBĄ PRACUJĄCĄ, tzn. osobą w wieku 15 lat i więcej, która wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osobą posiadającą zatrudnienie lub prowadzą działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie.

JESTEM OSOBĄ zamieszkałą na terenie województwa świętokrzyskiego

NIE BIORĘ UDZIAŁU w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i w okresie od momentu przystąpienia do projektu pn. „**SPRAWNA DROGA DO ZATRUDNIENIA**” do momentu zakończenia wsparcia nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

¹ **Za osoby niepełnosprawne uznaje się** osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o *rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych* (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o *ochronie zdrowia psychicznego* (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 685), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

² **Za osobę bezrobotną uznaje się** osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, osoba zarejestrowana jako bezrobotna jest zaliczana do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu *Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności*, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.



II CZĘŚĆ DLA OSÓB BIERNYCH ZAWODOWO Z POWODU CHOROBY:

OŚWIADCZAM, ŻE:

<input type="checkbox"/>	JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO Z POWODU CHOROBY ³
<input type="checkbox"/>	JESTEM OSOBĄ zamieszkałą na terenie województwa świętokrzyskiego
<input type="checkbox"/>	NIE BIORĘ UDZIAŁU w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego i w okresie od momentu przystąpienia do projektu pn. „ SPRAWNA DROGA DO ZATRUDNIENIA ” do momentu zakończenia wsparcia nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

PONADTO OŚWIADCZAM RÓWNIEŻ, ŻE:

1. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
2. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin Udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. Mam świadomość, że jestem zobowiązana/y do aktywnego udziału we wszystkich oferowanych w projekcie formach wsparcia;
4. Nie przerwę uczestnictwa w projekcie bez ważnych powodów;
5. Wyrażam zgodę na wypełnienie ankiet oraz innych dokumentów sprawozdawczych w trakcie i po zakończeniu udziału w projekcie;
6. Wyrażam zgodę na publikację zdjęć /nagrań audiowizualnych z projektu z moim udziałem na stronie internetowej Projektodawcy oraz w innych materiałach promujących ww. projekt;
7. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczącej sytuacji zawodowej po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie);
8. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów (tj. np. kserokopii umowy, zaświadczenia Pracodawcy, itp.) potwierdzających podjęcie zatrudnienia w okresie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
(data i czytelny podpis Uczestnika projektu)

³ Za osobę bierną zawodowo z powodu choroby rozumie się osobę, która w wyniku choroby lub wypadku doznała pogorszenia stanu zdrowia i z tego powodu utraciła możliwości wykonywania dotychczasowej pracy, również jeśli nie posiadają orzeczenia o stopniu niepełnosprawności, jednak chorowały przez okres co najmniej 182 dni w ciągu 2 lat przed rozpoczęciem udziału w projekcie (na podstawie dokumentów potwierdzających okres zwolnienia lekarskiego lub zaświadczenia lekarskiego potwierdzającego okres choroby). Co do zasady kobiety przebywające na zwolnieniu chorobowym z tytułu ciąży nie kwalifikują się do wsparcia jeśli jest to jedyny powód przedmiotowego zwolnienia