**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DANE UCZESTNIKA dotyczące udziału w projekcie:**

**pn. ,,****SIĘGAMY PO SUKCES. AKTYWNI MIMO BARIER! - edycja 4”**

**nr umowy UM/PW9/2025/3/O\_SWIETOKRZYSKI/11081**

|  |  |
| --- | --- |
| Data złożenia dokumentów rekrutacyjnych |  |
| Data kwalifikacji do projektu*wypełnia Beneficjent projektu* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Płeć** | **□ Kobieta** | **□ Mężczyzna** |
| **Data urodzenia** |  |
| **Numer PESEL** **(11 cyfr) – jeśli dotyczy** |  | **Kandydat w chwili wypełniania formularza jest w wieku od 18 lat do wieku emerytalnego** | **□****TAK** | **□****NIE** |
| **Zamieszkuje województwo świętokrzyskie** | **□****TAK** | **□****NIE** | **Kandydat w chwili wypełniania formularza posiada status na rynku pracy osoby: nieaktywnej zawodowo lub poszukujący pracy niezatrudniony/a lub bezrobotny** | **□****TAK** | **□****NIE** |
| **Stopień niepełnosprawności** | **□****Lekki** | **□****Umiarkowany** | **□****Znaczny** |
| **Wykształcenie** | **□****Zajęcia rewalidacyjne** | **□****Niepełne podstawowe** | **□****Podstawowe** | **□** **Gimnazjalne** |
| **□****Zawodowe** | **□****Średnie** | **□****Policealne** | **□****Wyższe** |
| **Uczestnictwo w WTZ** | **□****Absolwent WTZ** | **□****Uczestnik WTZ** | **□****Brak uczestnictwa** **w WZT** |
| **Sprawowanie opieki nad dzieckiem**  | **□ TAK** | **□ NIE** |
| **Brak doświadczenia zawodowego lub doświadczenie zawodowe krótsze niż 3 lata** | **□ TAK** | **□ NIE** |

|  |
| --- |
| **DANE TELEADRESOWE** |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość zamieszkania** |  |
| **Obszar zamieszkania** |

|  |  |
| --- | --- |
|  **□ Wiejski** |  **□ Miejski** |

 |
| **Ulica** |  |
| **Numer domu** |  |
| **Numer lokalu** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Województwo** |  |
| **Numer telefonu kontakt** |  |
| **E-mail *(jeśli posiada)*** |  |

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

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZAM, ŻE:** |
| □ | **JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆIĄ, ze schorzeniami:**1 |
| □ | narządu ruchu |
| □ | narządu wzroku |
| □ | narządu słuchu |
| □ | choroby psychiczne |
| □ | ogólny stan zdrowia |
| □ | niepełnosprawność sprzężona |
| □ | autyzm |
| □ | inne |
| **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 ZAREJETSROWANĄ 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 |

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.

1. 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.

 **PONADTO OŚWIADCZAM RÓWNIEŻ, ŻE:**

1. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnoprawnych.
2. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin udziału w projekcie realizowanym w ramach Umowy nr UM/PW9/2025/3/O\_SWIETOKRZYSKI/11081 o zlecenie realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych
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 publikację zdjęć /nagrań audiowizualnych z projektu z moim udziałem na stronie internetowej Projektodawcy oraz w innych materiałach promujących ww. projekt.
6. Zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczącej sytuacji zawodowej po zakończeniu udziału w projekcie

**Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne oraz, że zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego informowania Projektodawcy o każdej ich zmianie podczas udziału w projekcie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.**

 …………..….…….……………………………………………

 DATA I CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

UWAGA:

Do FORMULARZA REKRUTACYJNEGO należy obligatoryjnie załączyć najpóźniej w dniu przystąpienia do projektu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne, tj. orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów.