FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

|  |
| --- |
| **Nazwa projektodawcy:** |
| **Gmina Lubień Kujawski**  |
| **Tytuł i nr projektu:** |
| **„Międzypokoleniowy Klub Samopomocy”****RPKP.09.02.01-04-0022/20** |
|  |
| **Dane uczestnika** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL |
| Wykształcenie(należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | ISCED 5-8 Wyższe  |  |
| ISCED 4 Policealne  |  |
| ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) |  |
| ISCED 2 Gimnazjalne  |  |
| ISCED 1 Podstawowe  |  |
| ISCED 0 Brak  |  |
|  |  |  |
| **Dane kontaktowe uczestnika[[1]](#footnote-2)** |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| **Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy***Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.* | Tak |  | Nie |  |
| **Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy.*Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z ZUS w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu* | Tak |  | Nie |  |
| **W tym długotrwale bezrobotny**Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:- Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).- Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | Tak |  | Nie |  |
| **Bierny zawodowo**Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). 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), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).*Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z ZUS w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu* | Tak |  | Nie |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) |
| **Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**Cudzoziemcy na stale 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 innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). |
| Tak |  | Nie |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**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 (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.),, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685.), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.** |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia) |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne** | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | jestem osobą pełnoletnią, zamieszkałą w woj. Kujawsko-Pomorskim na terenie Gminy Lubień Kujawski w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego |  |  |
| jestem osobą osoba bezrobotną lub bierną zawodowo |  |  |
| jestem osoba przynależąca do jednej z grup:- osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[2]](#footnote-3), które przed zastosowaniem instrumentów i usług rynku pracy wymagają aktywizacji społecznej, w tym osoby niepełnosprawne – weryfikowane na podstawie oświadczenia/zaświadczenia od lekarza, innego dokumentu poświadczającego status osoby potrzebującej wsparcia, orzeczenia o niepełnosprawności lub innego równoważnego dokumentu poświadczającego niepełnosprawność;- osoby ze środowisk zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w szczególności z obszarów objętych programami rewitalizacji, uwzględnionymi w wykazie programów rewitalizacji IZ RPO zgodnie z Wytycznymi w zakresie rewitalizacji w PO na lata 2014-2020 – w *Gminie Lubień Kujawski obszarem rewitalizacji objęte jest terytorium Miasta Lubień Kujawski oraz terytorium miejscowości Kamienna*  |  |  |
| Jestem osobą bezrobotną korzystającą z pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, w myśl ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej |  |  |
| Czy dla kandydata zastosowanie wyłącznie instrumentów i usług rynku pracy jest niewystarczające i istnieje konieczność zastosowania w pierwszej kolejności usług aktywnej integracji o charakterze społecznym - *dotyczy osób bezrobotnych* |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | **Kryteria premiujące** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, zgodnie z definicją zawartą Regulaminie Projektu |  |  | **50 pkt** |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) |  |  | **50 pkt** |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa indywidualnie lub jako rodzina o - zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w POPŻ |  |  | **50 pkt** |
| Jestem osobą zamieszkującą obszar objęty programem rewitalizacji uwzględniony w wykazie programu rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO - RPO – *w* *Gminie Lubień Kujawski obszarem rewitalizacji objęte jest terytorium Miasta Lubień Kujawski oraz terytorium miejscowości Kamienna* |  |  | **50 pkt** |
| Jestem osobą bierną zawodowo |  |  | **10 pkt** |
| Jestem osobą poniżej 30 roku życia  |  |  | **5pkt** |
| Jestem osobą powyżej 50 roku życia |  |  | **5 pkt** |
| Okres pozostawania bez pracy:Do 3 lat (2 pkt) 3-5 lat (3 pkt)Powyżej 5 lat (5 pkt) |
| Wykształcenie:Podstawowe/gimnazjalne (5pkt) Zasadnicze zawodowe (4 pkt)Średnie ogólne (3 pkt)Policealne (2 pkt)Wyższe (1 pkt) |
| Płeć (K-kobieta, M-mężczyzna) | K | M | **Kobieta 10 pkt** |
| **Opis sytuacji materialnej i życiowej, (rodzinnej zawodowej)**  |  *Wypełnia pracownik OPS* *na podstawie rozmowy*…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………….. | **1-10 pkt** |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie **„Międzypokoleniowy Klub Samopomocy”** realizowanym przez Gminę Lubień Kujawski Projekt, który dofinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego współfinansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020, Działanie 09.02. Włączenie społeczne, Poddziałanie 09.02.01 Aktywne włączenie społeczne

|  |
| --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** (wybór wielokrotny) |
| Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan korzystać (proszę zaznaczyć właściwe) | **Międzypokoleniowy Klubu Samopomocy** |  |
| **Aktywizacja społeczna** |  |
| **Aktywizacja zawodowa: Kursy/szkolenia** |  |
| **Aktywizacja zawodowa: Staże** |  |
| **Aktywizacja zawodowa: Pośrednictwo pracy** |  |
| **Działania środowiskowe - Spotkania integracyjne** |  |

…………………………… …………………………..

 Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
2. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;
4. Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
5. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Międzypokoleniowy Klub Samopomocy” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu udokumentowania realizacji projektu.

…………………………………

data i czytelny podpis

**Ankieta potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami**

**Projekt „Międzypokoleniowy Klub Samopomocy” nr RPKP.09.02.01-04-0022/20**

*Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, by niwelować bariery osób niepełnosprawnych.*

1. Jakie problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

1. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w usługach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn „Międzypokoleniowy Klub Samopomocy” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, reprezentowany przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mającego siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych);
2. Przetwarzanie moich danych osobowych spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s.1) (dalej: RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WK-P 2014-2020) na podstawie:
	1. w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020:
3. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818);
	1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
6. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
7. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r.
poz. 818),
9. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z dnia 30 września 2014 r., s.1),
10. Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 nr RPKP/04/2015” z dnia 14 sierpnia 2015 r. (z późn. zm.);
11. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” w tym w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WK-P 2014-2020;
12. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt –**Ośrodek Poomcy Społecznej w Lubieniu Kujawskim, ul 1 Maja 44, 87-840 Lubień Kujawski** (nazwa i adres Beneficjenta);
13. Moje dane osobowe będą lub mogą być ujawnione wyłącznie podmiotom upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta w związku z realizacją celu o którym mowa w pkt 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi
(w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych;
14. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie;
15. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
16. W ciągu …[[3]](#footnote-4) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu
 na rynku pracy;
17. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
18. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO;
19. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
20. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

1) IOD@mfipr.gov.pl – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych,

2) iod@kujawsko-pomorskie.pl - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020,

lub adres poczty ……………………………………………….. (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta);

1. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
2. Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
3. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Międzypokoleniowy Klub Samopomocy” oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w projekcie pn. „Międzypokoleniowy Klub Samopomocy"nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego[[4]](#footnote-5).

**Ponadto, w związku z uczestnictwem w projekcie:**

1. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
2. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem\*.
3. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………………………… | ………………………………….……………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[5]](#footnote-6)\** |

ZAŁĄCZNIKI:

1. **Zaświadczenie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)** w zakresie braku odprowadzenia składek na dzień przystąpienia do projektu na potwierdzenie statusu osoby biernej zawodowo lub osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pacy
2. **Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy** dla osób bezrobotnych zarejestrowanych w urzędzie
3. **Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub niezdolności do pracy wydane zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – dotyczy osób niepełnosprawnych.
4. **Zaświadczenie** o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa – jeżeli dotyczy
5. **Oświadczenie/zaświadczenie potwierdzające status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym np.** Oświadczenie/zaświadczenie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, zaświadczenie/oświadczenie o korzystaniu z PO PŻ.
1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-2)
2. Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. 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;

b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

c) 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;

d) 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;

e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;

f) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;

g) 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;

h) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;

k) osoby korzystające z PO PŻ; [↑](#footnote-ref-3)
3. 90 dni kalendarzowych w przypadku pomiaru kryterium efektywności zawodowej zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020 lub 3 miesięcy w przypadku pomiaru kryterium efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej zgodnie z Wytycznymi 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. [↑](#footnote-ref-4)
4. Zobowiązanie dotyczy uczestnika Projektu realizowanego w ramach Działania 8.3 RPO WK-P 2014-2020. [↑](#footnote-ref-5)
5. \* \*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

.

  [↑](#footnote-ref-6)