

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

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

Nr projektu grantowego	<b>37/2020/DS</b>		
Nazwa grantobiorcy	<b>Gmina Brześć Kujawski</b>		
Okres realizacji projektu objętego grantem	OD:	<b>01/09/2020</b>	DO: <b>30/04/2021</b>

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 <sup>1</sup>			
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"/>

<sup>1</sup> 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”.

	Wiek, w który dziecko rozpoczęło naukę w szkole podstawowej		<input type="checkbox"/>	6 lat			
			<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	<b>STATUS</b>		<b>TAK</b>			
		Bezrobotny zarejestrowany w ewidencji urzędu pracy		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Długotrwale bezrobotny	Inne
		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"/>			

	<b>Proszę podać miejsce zatrudnienia</b>			
	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	<b>STATUS</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
		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</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		odmowa podania informacji)		
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji)	<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 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	<input type="checkbox"/>	
		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 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;	<input type="checkbox"/>
		Rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/>
		Osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy	<input type="checkbox"/>
		osoby niesamodzielne	<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"/>
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 rodzinnej pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>
		Osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego	<input type="checkbox"/>
Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych	W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności, prosimy o podanie takiej informacji podczas zgłoszenia, celem odpowiedniego przygotowania miejsca spotkania. .....		
Załączam dokumenty:			<input type="checkbox"/>
<b>ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH STATUS UCZESTNIKA/PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY:</b>			
Lp.	Nazwa dokumentu	Data dokumentu	

<b>OŚWIADCZENIA :</b>		
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) <b><i>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”</i></b>		
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>		

.....  
*Miejscowość i Data*

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

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: .....

DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: .....