



Załącznik nr 1 Formularz kwalifikacyjny do udziału w projekcie do REGULAMINU UCZESTNICTWA W PROJEKCIE “MAMA I TATA W PRACY”

FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
“MAMA I TATA W PRACY”

WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU		
data wpływu:	godzina:	podpis przyjmującego:
Numer identyfikacyjny formularza		

UWAGA:

- Formularz powinien być wypełniony w **sposób czytelny** komputerowo lub odręcznie drukowanymi literami. Każdy punkt wniosku musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy proszę wpisać odpowiednio **BRAK lub NIE DOTYCZY**. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
- Formularz musi być kompletny, tj.:
 - musi zawierać wszystkie strony,
 - każde pole formularza musi być wypełnione,
 - formularz musi być podpisany i parafowany na każdej stronie, która nie jest opatrzona podpisem.
- Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia na każdym etapie rekrutacji prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
- Kopie załączonych dokumentów muszą być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez pracownika Fundacji Gospodarczej Pro Europa lub podmiot, który wydał dokument, lub w formie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Po wybraniu jednej z wyżej wymienionych klauzul Kandydat wpisuje aktualną datę oraz składa własnoręczny podpis.
- Podpisane dokumenty rekrutacyjne w formie papierowej należy złożyć w **Biurowie Projektu** od poniedziałku do piątku w godzinach od 08.00 – 16.00 lub przesłać pocztą na **adres Biura Projektu - Fundacja Gospodarcza Pro Europa, Toruń, ul. Warszawska 4/7, 87-100 Toruń w terminach wskazanych w regulaminie projektu.**
- Zastrzegamy, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

Oświadczenie Kandydata na Uczestnika projektu:

- wyrażam/ nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym na potrzeby rekrutacji do projektu „Mama i Tata w pracy”, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 2 lub art. 27 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.),
- wyrażam/ nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych wrażliwych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym na potrzeby rekrutacji do projektu „Mama i Tata w pracy”, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 2 lub art. 27 ust. 2 pkt. 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.).

.....
(data i czytelny podpis Kandydata) **

*niewłaściwe skreślić

** W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Część A. Dotyczy wszystkich kandydatów

I. Dane personalne potencjalnego Uczestnika/czki projektu (Kandydata)

Imię/Imiona			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia (miasto i województwo)			
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL:			

Adres zamieszkania (kryterium uczestnictwa):			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> obszar miejski	<input type="checkbox"/> obszar wiejski	
Województwo:			

Telefon:	
Adres e-mail:	

<p>Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie uzyskane wykształcenie tzn. najwyższe)</p>	<input type="checkbox"/> Podstawowe (poziom ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (poziom ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (poziom ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (poziom ISCED 5-8)
---	---

Kryterium uczestnictwa	
<p>Informacje dotyczące dzieci poniżej 3 roku życia, nad którymi osoba sprawuje opiekę</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Data urodzenia PESEL: 2. Data urodzenia PESEL: 3. Data urodzenia PESEL:



Jestem Rodzicem/ opiekunem prawnym wychowującym dwoje lub więcej dzieci do lat 3	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
--	--

<p>Status Kandydata na rynku pracy (kryterium uczestnictwa)</p>	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, niepracująca niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, nieposzukująca aktywnie zatrudnienia, nie posiadająca gotowości do podjęcia pracy (w tym osoby przebywające na urlopie wychowawczym) <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna nie zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy lecz aktywnie pracy poszukująca i gotowa do podjęcia pracy (w tym osoby przebywające na urlopie wychowawczym) <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona, przebywająca na urlopie: - macierzyńskim <input type="checkbox"/> data zakończenia urlopu macierzyńskiego/ planowany powrót do pracy - rodzicielskim <input type="checkbox"/> data zakończenia urlopu rodzicielskiego/ planowany powrót do pracy data planowanego objęcia dziecka opieką nad dziećmi do lat 3
<p>W przypadku osób pracujących, proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu</p>	<p><u>Osoba pracująca, w tym:</u></p> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w MMSP (małe, mikro, średnie przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inna <p><u>Wykonywany zawód:</u></p> <input type="checkbox"/> 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 i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny.

Czy jest Pan(i) osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
---	--



<p>Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)? (proszę zaznaczyć "tak" jeśli jest Pan/ Pani chociaż w jednej z poniższych sytuacji)</p> <p>a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym); b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; c) zwolniona z zakładu karnego; d) osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w):</p> <ul style="list-style-type: none"> - ubóstwa; - sieroctwa; - długotrwałej lub ciężkiej choroby; - przemocy w rodzinie; - potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; - potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; - trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt. 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; - trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; - zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej. - bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych 	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą niepełnosprawną, w tym stopień niepełnosprawności (wymagane orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważny dokument, orzeczone przez ZUS o niezdolności do pracy do celów rentowych, osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej może przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię)?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą osoba przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>- w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/></p>

Część B. Dotyczy osób pozostających na rynku pracy bez zatrudnienia (osoby bierne zawodowo/ osoby bezrobotne).

Okres pozostawania poza rynkiem pracy	
---------------------------------------	--

Proszę wskazać jakie kroki zamierza Pan/pani podjąć by powrócić na rynek pracy?			
Lp.	Planowany termin podjęcia poszczególnych działań (proszę podać termin w okresie	Rodzaj podejmowanych działań	Warunki mogące wpłynąć na utrudnienia w realizacji działań w zaplanowanym terminie



	maksymalnie kwartalnym)		
1			
2			
3			
4			

Ja niżej podpisany/a

oświadczam, że informacje zawarte w formularzu kwalifikacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(data i czytelny podpis Kandydata) *

* W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załączniki:

- a. załącznik nr 2 **Oświadczenie Uczestnika Projektu** - dotyczące przekazania danych wskazanych w Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020 oraz Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego programów operacyjnych 2014-2020;
- b. dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad dzieckiem - **akt urodzenia dziecka;**
- c. **orzeczenie o niepełnosprawności rodzica/rodziców/opiekunów prawnych** (o ile dotyczy), osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej może przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię *
- d. **zaświadczenie z zakładu pracy o aktualnym statusie** (przebywaniu na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim lub wychowawczym ze wskazaniem dat) – o ile dotyczy *
- e. **załącznik nr 3 oświadczenie o statusie na rynku pracy i gotowości do podjęcia pracy** (dotyczy osób wyłączonych z rynku pracy w związku ze sprawowaniem opieki nad dziećmi do lat 3, które w dniu przystąpienia do projektu pozostają bez pracy, w tym osoby przebywające na urlopie wychowawczym) - o ile dotyczy *
- w tym zaświadczenie z Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna lub oświadczenie o statusie osoby biernej zawodowo - **załącznik nr 3A** (o ile dotyczy) *
- f. kserokopia przyznanego świadczenia rodzicielskiego (o ile dotyczy) *

* Skreślić jeśli nie dotyczy