**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU  
PT. „Inkubator zmian w Gębicach”**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* „Inkubator zmian w Gębicach”

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)** | **Fundacja Gospodarcza „Pro Europa”** |
| **Tytuł projektu** | **Inkubator zmian w Gębicach** |
| **Oś Priorytetowa** | 09. Solidarne społeczeństwo |
| **Działanie** | 09.02. Włączenie społeczne |
| **Poddziałanie** | 09.02.01. Aktywne włączenie społeczne |
| **Nr projektu** | RPKP.09.02.01-04-0006/20 |
| **Okres realizacji** | 01.10.2021-31.03.2023 |

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu | |
| Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ) |  |
| Data, miejsce i godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

*UWAGA:*

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
2. Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście w Miejsko- Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Mogilnie, ul. Rynek 10 lub pocztą na adres MGOPS Mogilno. Dla Dokumentacji Rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina) do biura projektu.
4. Realizator projektu zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

**Oświadczenie Kandydata na Uczestnika projektu:**

**Wyrażam/ nie wyrażam\*** zgodę/y na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym przez realizatora projektu: „**Inkubator zmian w Gębicach**” w tym danych wrażliwych (zgodnie z art.6 ust.1 lit. a-c i art. 9 ust. 2 lit. a, f, 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).

Celem zbierania i przetwarzania danych osobowych jest procedura rekrutacyjna (w tym ocena kwalifikowalności do udzielenia wsparcia w ramach projektu **„Inkubator zmian w Gębicach”;** w celu monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WK-P 2014-2020). Administratorem moich danych osobowych jest firma Fundacja Gospodarcza Pro Europa, ul. Warszawska 4/7, 87-100 Toruń. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w procedurze rekrutacyjnej. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO. 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. Mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

……...………………….........……………………..…..

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

*\*niewłaściwe skreślić*

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | |
| Imię/Imiona |  | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia (miasto i województwo) |  | | | | | | |
| Płeć | Kobieta | | | Mężczyzna | | | |
| Seria i nr dowodu osobistego |  | | Dowód osobisty wydany przez: | | |  | |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | |
| Wykształcenie | brak  podstawowe (poziom ISCED 1)  gimnazjalne (poziom ISCED 2)  ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3)  policealne (poziom ISCED 4)  wyższe (poziom ISCED 5-8) | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | |
| Ulica: |  | | | | | | |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: | | | |  | |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: | | | |  | |
| Gmina: |  | Powiat: | | | |  | |
| Województwo: |  | | | | | | |
| Obszar zamieszkania: | miejski | | | | wiejski | | |
| Telefon: |  | | | | | | |
| Adres e-mail: |  | | | | | | |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie,  proszę wpisać „jw.”) | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/nr lokalu/miejscowość/kod pocztowy/gmina/powiat/województwo |  | | | | | | |
| **STATUS KANDYDATA** | | | | | | | |
| **Czy jest Pan(i) osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?**  (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 (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski). | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu**  **do mieszkań?**  (Okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); 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); Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nie nadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). | | | | | | | TAK  NIE |
| **Czy jest Pan(i) osobą 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. 2019r. poz. 1172 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. 2018r. poz.1878 z późn. zm.), tj. Osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej w świetle przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest orzeczenie o niepełnosprawności. Natomiast 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). | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?**  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; | | | | | | | TAK  NIE  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą zamieszkałą na terenach wiejskich?** | | | | | | | TAK  NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status na rynku pracy** | |
| **Czy jest Pan(i)** osobą pracującą? | TAK  NIE |
| **Jeżeli TAK**, to proszę **podać:** |  |
| **zawód:** | |
| **miejsce pracy i adres:** | |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bierną zawodowo? | TAK  NIE |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bezrobotną **zarejestrowaną** urzędzie pracy? | TAK  NIE |
| **Czy jest Pan(i)** osobą długotrwale bezrobotną? | TAK  NIE |

**II. KRYTERIUM UCZESTNICTWA KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne)** | 1. Osoba zamieszkuje, pracuje lub uczy się na terenie Gębic lub Marcinkowa  TAK  NIE |
| 2. Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r.poz.1507 z późn.zm.):  TAK  NIE |
| **Kryterium uczestnictwa (dodatkowe)** | 1.Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczona z więcej niż jednej przesłanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym):  TAK  NIE |
| 2.Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r.,poz. 1172, z późn. zm.)  TAK  NIE |
| 3.Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną i zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i  Problemów Zdrowotnych)  TAK  NIE |
| 5.Osoba korzystająca ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa:  TAK  NIE |
| 1. osoba zamieszkująca na obszarach objętych programem rewitalizacji, obszary weryfikowane na podstawie Uchwały nr XII/129/2019 Rady Miejskiej w Mogilnie z dnia 31 października 2019 r., w sprawie przyjęcia Lokalnego Programu Rewitalizacji Gminy Mogilno na lata 2016-2023   TAK  NIE |

**OŚWIADCZENIE**

**Świadomy/-a** odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu **„Inkubator zmian w Gębicach”** oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

*……..…….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki\**

*\*niewłaściwe skreślić*

**Załączniki do formularza rekrutacyjnego:**

Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem „X”) dołączonych do Formularza rekrutacyjnego.

Załączniki składane są w oryginale, notarialnie poświadczonej kopii albo w postaci urzędowo poświadczonego, zgodnie z art. 76a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, odpisu lub wyciągu z dokumentu; mogą być składane także w postaci kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA DOKUMENTU** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Oświadczenie kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (kryteria obligatoryjne)- załącznik nr 1 do formularza rekrutacyjnego |  |  |
| 2 | Oświadczenie kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (kryteria dodatkowe) – załącznik nr 2 do formularza rekrutacyjnego |  |  |
| 3 | Orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności |  |  |
| 4 | Orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o niepełnosprawności sprzężonej |  |  |
| 5 | Zaświadczenie lekarskie o zaburzeniach psychicznych |  |  |
| 6 | Zaświadczenie z MGOPS o korzystaniu z pomocy społecznej |  |  |
| 7 | Zaświadczenie z PUP |  |  |
| 8 | Zaświadczenie z ZUS |  |  |

*..............................................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki\**

*\*niewłaściwe skreślić*

Zał. 1 do formularza

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (KRYTERIA OBLIGATORYJNE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

☐ osobą zamieszkującą/pracującą/uczącą się na terenie Gębic lub Marcinkowa

☐osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r.poz.1507 z późn.zm.)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki\**

*\*niewłaściwe skreślić*

Zał. 2 do formularza

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (KRYTERIA DODATKOWE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

☐osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczona z więcej niż jednej przesłanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym),

☐osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r.,poz. 1172, z późn. zm.),

☐osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i zaburzeniami psychicznymi w tym niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych),

☐ osobą korzystającą ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa,

☐osoba zamieszkująca na obszarach objętych programem rewitalizacji, obszary weryfikowane na podstawie Uchwały nr XII/129/2019 Rady Miejskiej w Mogilnie z dnia 31 października 2019 r., w sprawie przyjęcia Lokalnego Programu Rewitalizacji Gminy Mogilno na lata 2016-2023

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki\**

*\*niewłaściwe skreślić*