

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
PROJEKT „SZANSA DLA CIEBIE” NR RPLD.09.01.01-10-B008/17
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza czytelnie, **DRUKOWANYMI LITERAMI**
(proszę zaznaczyć znakiem „x” i /lub uzupełnić)

DANE KANDYDATKI/TA

Imię (imiona)													
Nazwisko													
PESEL	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej) <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest kształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> Wyższe licencjackie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich) <input type="checkbox"/> Wyższe magisterskie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich) <input type="checkbox"/> Wyższe doktoranckie (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)												
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA												

DANE KONTAKTOWE

Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

ADRES ZAMIESZKANIA - według przepisów Kodeksu Cywilnego¹

Adres zamieszkania	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	nr budynku/nr lokalu	

STATUS NA RYNKU PRACY

Oświadczam, że:

<p>JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ</p> <p>Tj. pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo, nawet jeśli spełniają kryteria dla bezrobotnych zgodnie z ww. definicją. W kategorię bezrobotnych wpisują się osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu).</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> ZAREJESTROWANĄ W URZĘDZIE PRACY (należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status) 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>- DŁUGOTRWALE BEZROBOTNĄ</p> <p>Długotrwale bezrobotny różni się w zależności od wieku: młodzież (<25 lat) osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy); dorośli (25 lat i więcej) osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>- ZAKWALIFIKOWANĄ DO III PROFILU POMOCY</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<ul style="list-style-type: none"> NIEZAREJESTROWANĄ W URZĘDZIE PRACY (należy dołączyć oświadczenie kandydatki/ta potwierdzające status) 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93) „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu

<p align="center">- DŁUGOTRWALE BEZROBOTNĄ</p> <p>Długotrwale bezrobotny różni się w zależności od wieku: młodzież (<25 lat) osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy); dorośli (25 lat i więcej) osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO</p> <p>Tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, która nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) uznawana jest za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoba prowadząca działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie jest uznawana za bierną zawodowo.</p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ (OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI)

Oświadczam, że:

1.	ZAMIESZKUJĘ NA OBSZARZE WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO W ROZUMIENIU KC².	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
2.	JESTEM OSOBĄ ZAGROŻONĄ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Ponadto :			
3.	JESTEM OSOBĄ WYMAGAJĄCĄ AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
4.	JESTEM OSOBĄ ZAGROŻONĄ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM, tj. spełniam jedną przesłankę wskazaną poniżej, tj. jestem:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	Osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej ³	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

² Rozdział II art. 25 KC. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

³ Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, Wall Jobs sp. z o.o.
ul. Kossaka 12, 93-213 Łódź
www.walljobs.eu

Osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym ⁴	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo - wychowawczych, o których mowa w ust. z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572 z późn. zm.) (należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka wychowawczego, młodzieżowego, socjoterapii)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Członkiem 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 (należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.) (należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą niesamodzielną tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym (jeśli dotyczy należy dołączyć zaświadczenie)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014- 2020	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych 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 przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną 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, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

⁴ Bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów pomocy społecznej; , uzależnionych od alkoholu, uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających; , chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; , długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych; którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

5.	JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ* tj. osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie lub inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	- z lekkim stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	- ze znacznym stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	- z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	- z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	- z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	- z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
6.	JESTEM OSOBĄ KORZYSTAJĄCĄ ZE ŚWIADCZEŃ Z OPIEKI SPOŁECZNEJ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
7.	JESTEM OSOBĄ DOŚWIADCZAJĄCĄ WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO, ROZUMIANEGO JAKO WYKLUCZENIE Z POWODU WIĘCEJ NIŻ JEDNEJ PRZESŁANEK	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
8.	JESTEM GOTOWY/GOTOWA DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
9.	IŁOŚĆ OSÓB NIEPRACUJĄCYCH W GOSPODARSTWIE DOMOWYM:		

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki



ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU

Czy będzie się Pan/i ubiegał/a o zwrot kosztów dojazdu?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

SZKOLENIE ZAWODOWE

Preferowane szkolenie*:	*ostateczny wybór szkolenia nastąpi po spotkaniu z doradcą zawodowym
-------------------------	--

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata / Kandydatki