

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Spełnij marzenia”

nr RPLD.09.01.02-10-0030/18

DANE OSOBOWE		
Imię		
Nazwisko		
Obywatelstwo		
PESEL		
Wykształcenie (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)	
Płeć	<input type="checkbox"/> KOBIEТА	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
DANE KONTAKTOWE		
Adres zamieszkania (wg kodeksu cywilnego ¹)	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Kod pocztowy, miejscowość	
	Ulica, nr budynku/nr lokalu	
Telefon kontaktowy		
Adres poczty elektronicznej (e-mail)		

¹ Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

I. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE STATUSU NA RYNKU PRACY			
1.	Jestem osobą bierną zawodowo, tj. osobą, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (nie pracuje, nie jest bezrobotna, nie poszukuje pracy).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Jestem osobą bierną zawodowo, uczącą się.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	Jestem osobą bierną zawodowo, nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
2.	Jestem osobą bezrobotną, tj. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3.	Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4.	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5.	Jestem osobą długotrwale bezrobotną. tj. pozostającą bez pracy przez okres min. 12 miesięcy (dotyczy osób w wieku 25 lat i więcej), lub min. 6 miesięcy (dotyczy osób w wieku poniżej 25 lat)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

OŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM			
1.	Jestem osobą wykluczoną lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. *Definicja w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

	Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 znajduje się w Regulaminie Projektu.		
2.	<p>Jestem osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).*</p> <p>(Na podstawie art. 7 ustawy następujące przesłanki uprawniają do korzystania ze świadczeń pomocy społecznej: ubóstwo; sieroctwo; bezdomność; bezrobocie; niepełnosprawność; długotrwała lub ciężka choroba; przemoc w rodzinie; potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudność 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; trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; alkoholizm lub narkomania; zdarzenie losowe i sytuacji kryzysowe; klęska żywiołowa lub ekologiczna).</p> <p><u>*oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą); lub zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej, przy czym nie ma obowiązku wskazywania, która przesłanka określona w ww. ustawie została spełniona</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
3.	<p>Jestem osobą niekorzystającą ze świadczeń pomocy społecznej, ale kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.</p> <p>(Przesłanki określone w art. 7 ustawy to: ubóstwo; sieroctwo; bezdomność; bezrobocie; niepełnosprawność; długotrwała lub ciężka choroba; przemoc w rodzinie; potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudność 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; trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; alkoholizm lub narkomania; zdarzenie losowe i sytuacji kryzysowe; klęska żywiołowa lub ekologiczna).</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

4.	Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj. spełniającą co najmniej jedną z poniższych przesłanek:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	- Osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	-Osoba uzależniona od alkoholu,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	-Osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	-Osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	-Osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	-Osoba zwolniona z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	-Uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	-Osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
5.	Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem 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.* <u>*oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna prawnego w przypadku osób niepełnoletnich np. rodzica zastępczego (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą); lub zaświadczenie z właściwej instytucji lub zaświadczenie od kuratora;</u>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
6.	Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

	<p>postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.).</p> <p><u>* oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie od kuratora; lub zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym lub; kopia postanowienia sądu; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości;</u></p>		
7.	<p>Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.).</p> <p><u>*oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii;</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
8.	<p>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.</p> <p><u>*Osoba niepełnosprawna jest zobligowana do dostarczenia wraz z formularzem zgłoszeniowym orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
9.	<p>Jestem osobą:</p> <p>- z lekkim stopniem niepełnosprawności</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	<p>- z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	<p>- ze znacznym stopniem niepełnosprawności</p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

	- z niepełnosprawnością sprzężoną	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	- z niepełnosprawnością intelektualną	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	- z zaburzeniami psychicznymi	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
10.	<p>Jestem rodzicem dziecka z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.</p> <p><u>*oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację;</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
11.	<p>Jestem 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.</p> <p><u>* oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna, jeśli niemożliwe jest uzyskanie oświadczenia uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie od lekarza lub odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia;</u></p>	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
12.	<p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.</p> <p>Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 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/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - 	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

	<p>specjalistyczne zakwaterowanie wspierane).</p> <p>3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).</p> <p>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.</p> <p><u>*oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację;</u></p>		
<p>13.</p>	<p>Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) 2014-2020 a zakres wsparcia w ramach projektu nie powiela działań, które otrzymuję z PO PŻ.</p> <p><u>*oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą) lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu.</u></p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p>

<p>INNE OŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z UCZESTNICTWEM W PROJEKCIE</p>			
<p>1.</p>	<p>Zamieszkuję na terenie woj. łódzkiego, na terenie ŁOM (zgodnie z kodeksem cywilnym²) na terenie jednego z powiatów:</p> <p>m. Łódź, brzezińskim, łódzkim wschodnim, pabianickim, zgierskim,</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p>
<p>2.</p>	<p>Jestem osobą gotową do podjęcia zatrudnienia.</p>	<p>TAK <input type="checkbox"/></p>	<p>NIE <input type="checkbox"/></p>

² Zgodnie z art. 25 Kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

3.	Jestem osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe, a mój dochód (suma miesięcznych przychodów) to kwota:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	nieprzekraczająca 701,00 zł	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	od 701,00 zł do 1 000,00 zł	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	powyżej 1 000,00 zł	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
4.	Jestem członkiem rodziny³, w której dochód na osobę to kwota:	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	nieprzekraczająca 528,00 zł	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	od 528,00 zł do 1 000,00 zł	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	powyżej 1 000,00 zł	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

Oświadczenia związane ze statusem uczestnika w chwili przystąpienia do projektu				
1.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia.	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>
2.	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej).	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>	ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>

³ Osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

II. POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą;
- **Oświadczam, że zostałam/zostałem pouczone/pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;**
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Projektu „Spełnij marzenia” i akceptuję jego zapisy;
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o tym, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o konieczności przekazania danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie (efektywność społeczno – zatrudnieniowa); oraz o konieczności zarejestrowania się w Powiatowym Urzędzie Pracy, jeśli po zakończeniu projektu nie podejmę pracy;
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o konieczności udostępnienia danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy w trakcie 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie;
- Wyrażam zgodę na udział w procesie monitoringu i ewaluacji projektu, w tym m.in. wypełnianie ankiet, dokumentów oraz testów sprawdzających;
- Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Liczysz się Ty!” nr RPLD.09.01.02-10-0030/18.
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że wypełnienie kwestionariusza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu;
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) a moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu „Spełnij marzenia”. Administratorem moich danych osobowych jest: Zarząd Województwa Łódzkiego dla Zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, będący Instytucją Zarządzającą dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, z siedzibą w Łodzi, przy Al. Piłsudskiego 8, 90-051 Łódź; Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego dla Zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych, z siedzibą w Warszawie, przy Pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania – Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Łodzi, ul. Wólczańska 49, 90-608 Łódź, Beneficjentowi realizującemu – Wall Jobs Sp. z o.o., ul. Piotrkowska 95, 90-423 Łódź. Podanie danych jest wymogiem ustawowym, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej: iod@lodzkie.pl. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Mam prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz usunięcia.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis