



Załącznik 1 do Regulaminu uczestnictwa

Kwestionariusz zgłoszeniowy do projektu
„Klub Aktywnej Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie”

Dane personalne uczestnika

1.	Imię (imiona)	
2.	Nazwisko	
3.	Pesel	
4.	Data i miejsce urodzenia	
5.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
6.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
7.	Status na rynku pracy na dzień przystąpienia do projektu	<p>→ <input type="checkbox"/> osoba pracująca:</p> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne <p>wykonywany zawód:..... </p> <p>Nazwa przedsiębiorstwa/organizacji:..... </p> <p>→ <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, zarejestrowana w Urzędzie Pracy:</p> <input type="checkbox"/> długotrwale <input type="checkbox"/> inne <p>→ <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna, nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy:</p> <input type="checkbox"/> długotrwale <input type="checkbox"/> inne <p>→ <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo</p> <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
8.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
9.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie



10.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
11.	Kod niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> 01 U <input type="checkbox"/> 02 P <input type="checkbox"/> 03 L <input type="checkbox"/> 4 O <input type="checkbox"/> 05 R <input type="checkbox"/> 06 E <input type="checkbox"/> 07 S <input type="checkbox"/> 08 T <input type="checkbox"/> 09 M <input type="checkbox"/> 10 N <input type="checkbox"/> 11 I <input type="checkbox"/> 12 C
12.	Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> leki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
13.	Konieczne do wprowadzenia usprawnienia ze względu na niepełnosprawność w celu umożliwienia udziału w projekcie	
14.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

Dane adresowe uczestnika

12.	Ulica, nr domu/lokalu	
13.	Kod pocztowy	
14.	Miejscowość	
15.	Obszar	<input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
16.	Gmina	
17.	Powiat	
18.	Województwo	
19.	Telefon kontaktowy	
20.	Adres e-mail	



Proszę wstawić znak „x” w okienku przy wybranej odpowiedzi:

Oświadczam, że:

POSIADAM AKTUALNE ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, WYDANE PRZEZ:

- Miejski/Powiatowy/Wojewódzki Zespół ds. Orzekania o Stopniu Niepełnosprawności
- Lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Inne, równoważne/
jakie?.....

.....
 jestem osobą zameldowaną/ zamieszkałą /pracującą /uczącą się na terenie województwa Zachodniopomorskiego

DEKLARUJĘ UCZESTNICTWO W NASTĘPUJĄCYCH FORMACH WSPARCIA:

indywidualne spotkania z doradcą zawodowym, psychologiem i terapeutą wraz z opracowaniem indywidualnej ścieżki reintegracji;

zaplanowane instrumenty wsparcia m.in.:

- treningi rozwoju interpersonalnego;
- indywidualna terapia psychologiczna;
- terapia rodzinna;
- poradnictwo prawne;
- terapia uzależnień/socjoterapia;
- iintegracyjne wyjścia do teatru, filharmonii, opery, kina itp.;
- aktywna terapia ruchowa/rehabilitacja/gimnastyka
- warsztaty aktywizacji zawodowej
- szkolenia zawodowe kończące się egzaminem zewnętrznym
- 3-miesięczny staż w przedsiębiorstwie
- pośrednictwo pracy

(wstawić znak „x” w okienku przy wybranej formie wsparcia)

→ **Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.**

→ **Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

Załączniki: W załączeniu przedkładam:

- Kserokopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności albo inny dokument, o którym mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego, potwierdzona za zgodność z oryginałem.
- Kserokopia aktualnego zaświadczenia z PUP potwierdzającego status osoby bezrobotnej (potwierdzona za zgodność z oryginałem)- jeśli dotyczy.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI
PROJEKTU

.....
KURATORA/OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY
Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI¹

¹ SKREŚLIĆ NIEWŁĄCZĄCIE.



OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-KI NA UCZESTNIKA/-CZKĘ PROJEKTU

o spełnianiu kryteriów kwalifikacyjnych związanych z udziałem w projekcie

„Klub Aktywnej Integracji Społeczno – Zawodowej w Szczecinie”

realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Oś priorytetowa VII Włączenie Społeczne, Działanie 7.2

Ja niżej podpisany/a:

.....
(imię i nazwisko składającego/-ej oświadczenie)

Zamieszkały/a

.....
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/mieszkania)

Uprowadzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym w tym: (zaznaczyć właściwe – wszystkie punkty, które dotyczą)

- osobą lub rodziną korzystającą 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 dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą 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;
- osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);
- osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach 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.);
- osobą 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;**
- 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;
- osobą, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);**

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020

Lider- Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie, ul. Potulicka 16, 70-952 Szczecin,

tel.: 91 44 80 021, www.twp.szczecin.pl

Partner - Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informacyjnych INBIT Sp. z o.o., ul. Adama Mickiewicza 47, 70-385 Szczecin, Tel.: 91 423 33 11, www.inbit.pl



- osobą niesamodzielną;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osobą korzystającą z PO PŻ.

Dodatkowo:

- Jestem osobą niepełnosprawną w tym:
 - lekkim stopniu niepełnosprawności
 - osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
 - osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi,
 - osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/czki Projektu

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kuratora/opiekuna prawnego*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby nieletniej oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna



PISEMNA ZGODA PRAWNEGO OPIEKUNA/KURATORA

Ja, niżej podpisany(a),

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

zamieszkały(a).....

(adres zamieszkania: - kod, miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania)

wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego podopiecznego

.....
(imię i nazwisko dziecka, klasa)

w projekcie „**Klub Aktywnej Integracji Społeczno-Zawodowej w Szczecinie**” realizowanym przez Lidera - *Towarzystwo Wiedzy Powszechnej Oddział Regionalny w Szczecinie, ul. Potulicka 16, 70-952 Szczecin* oraz **Instytut Organizacji Przedsiębiorstw i Technik Informatycznych INBIT Sp. z o.o, ul. Adama Mickiewicza 47, 70-383 Szczecin**. Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego – Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Priorytet 9i Aktywne włączenie, w tym w celu promowania równości szans i aktywnego uczestnictwa, oraz zwiększenie szans na zatrudnienie, Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej.

1. Potwierdzam prawidłowość informacji zawartych w Formularzu zgłoszeniowym podopiecznego.
2. Jestem świadomy/a, iż mój podopieczny uczestnicząc w projekcie zobowiązany jest do przestrzegania Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję warunki z Regulaminu uczestnictwa w projekcie.
4. Oświadczam, że stan zdrowia podopiecznego nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w projekcie.
5. Realizator odpowiada za bezpieczeństwo podopiecznego wyłącznie w trakcie zajęć.
6. Wyrażam zgodę na samodzielny powrót podopiecznego po zakończonych zajęciach.

.....
Data, podpis opiekuna prawnego/kuratora,

.....
telefon kontaktowy