



FORMULARZ REKRUTACYJNY

w ramach projektu: „Aktywność Twoją Szansą” nr FEPD.08.03-IZ.00-0045/24

Data wpływu

Podpis osoby
przyjmującej formularz

Projekt realizowany przez **IT CONSULTING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ
ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** w partnerstwie z **FUNDACJA NA JEDNEJ NODZE**
współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach działania: Zwiększenie
aktywności społeczno - zawodowej - podmioty reintegracyjne

DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI

Imię/Imiona:

Nazwisko:

Płeć:

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

Data
urodzenia:

Wiek aktualny:

Pesel:

Miejsce
urodzenia:

Obywatelstwo:

☐ polskie,

☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE,

☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE.

ADRES ZAMIESZKANIA

Miejscowość:

Kod
pocztowy:

Ulica:

Numer domu:

Numer
lokalu:

Powiat:

Województwo:

Gmina:

Adres e-mail:

Telefon
kontaktowy:

Adres korespondencyjny

(o ile jest inny niż zamieszkania)

Miejsco
wość:

Kod
pocztowy:

Ulica:

Nr domu, lokalu:

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

ISCED 0-Brak

☐

ISCED 2 Gimnazjalne

☐

ISCED 4
Policealne

☐

ISCED 1
Podstawowe

☐

ISCED 3 Ponadgimnazjalne
(liceum, technikum, szkoła zawodowa)

☐

ISCED 5-8
Wyższe

☐


KRYTERIA OBLIGATORYJNE
OŚWIADCZAM ŻE: (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):
TAK**NIE**

Jestem **osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu co najmniej jednej przesłanki** zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021–2027 (właściwe zaznaczyć „X”):

- ☐ bierną zawodowo;
- ☐ osobą lub rodziną korzystającym ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującym się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającym co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 tej ustawy. Zgodnie z Art. 7 ww. ustawy pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

- ☐ ubóstwa,
- ☐ sieroctwa,
- ☐ bezdomności,
- ☐ bezrobocia,
- ☐ niepełnosprawności,
- ☐ długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- ☐ przemocy domowej,
- ☐ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- ☐ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- ☐ 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 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.

- ☐ osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2022 r. poz. 2241); Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

- ☐ bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- ☐ uzależnionych od alkoholu,
- ☐ uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających,
- ☐ osób z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- ☐ długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,

1.

☐☐



- ☐ 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 uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym
- ☐ osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziną przeżywającą 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 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700, z późn. zm.) oraz osobą nieletnią zagrożonym demoralizacją i przestępczością;
- ☐ osobą przebywającą i opuszczającą młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2023 r. poz. 900, z późn. zm.) oraz osobom opuszczającym okręgowe ośrodki wychowawcze, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich;
- ☐ osobą z niepełnosprawnościami;
- ☐ członkiem gospodarstw domowych sprawującym opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ☐ osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- ☐ osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej;
- ☐ osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością;
- ☐ osobą odbywającą karę pozbawienia wolności, objętą dozorem elektronicznym;
- ☐ osobą korzystającą z programu FE PŻ (Program Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027)
- ☐ osobą należącą do społeczności marginalizowanej, takich jak Romowie;
- ☐ osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę;

Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie o korzystaniu z pomocy społecznej np. OPS



2.	Jestem osobą dorosłą, która na dzień składania formularza rekrutacyjnego ma ukończone co najmniej 18 lat.	☐	☐
3.	Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia <i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowania z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS)</i>	☐	☐
4.	Jestem osobą zamieszkującą na terenie województwa Podlaskiego w rozumieniu KC obejmującego powiaty: sokólskiego (gminy: Dąbrowa Białostocka, Krynki, Sokółka, Suchowola, Janów, Korycin, Kuźnica, Nowy Dwór, Sidra, Szudziałowo), monieckiego (gminy: Goniądz, Kryszyn, Jasionówka, Jaświły, Krypno, Trzcianne) i grajewskiego (gminy: Grajewo, Grajewo-gmina wiejska, Rajgród, Szczuczyn, Radziłów, Wąsosz). <i>Jako załącznik przedstawiam zaświadczenie (ZUS/PUP, faktura, list, itp.)</i>	☐	☐
5.	Oświadczam , że zostałem/łam uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.	☐	☐
6.	Oświadczam , że jestem osobą nieotrzymującą jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanej ze środków EFS+.	☐	☐
KRYTERIA PREMIUJĄCE (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)		TAK	NIE
1.	Jestem osobą: doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących do wsparcia w projekcie, o których mowa w podrozdz.4.2 pkt 1, Wytycznych dotyczących realizacji projektu z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021–2027 lub spełniające więcej niż jedną przesłankę określoną w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004r.o pomocy społecznej (+ 10 pkt).	☐	☐
2.	Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. (+10pkt)	☐	☐
3.	Jestem osobą z: (+10pkt) ☐ niepełnosprawnością sprzężoną, ☐ z chorobami psychicznymi, ☐ z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi [w rozumowaniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10].	☐	☐
4.	Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ (+10pkt).	☐	☐
5.	Jestem osobą opuszczającą placówki opieki instytucjonalnej (+10pkt).	☐	☐
6.	Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie [zamieszkującą obszary na których brakuje połączeń transportem publicznym] (+10pkt).	☐	☐
7.	Jestem osobą która opuściła jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12mcy (+10pkt).	☐	☐



8.	Jestem osobą która po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę została objęta ochroną czasową (+10pkt.)	☐	☐
FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH		<u>Nie zgłaszam</u> specjalnych potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>	
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę		
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową			
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/szkoleniowych			
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie			
Zapewnienie tłumacza języka migowego			
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością		☐	
Indywidualna potrzeba sposobu organizacji wsparcia (dla ON)			
Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:			
Inne (jakie?)			



MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)	TAK	NIE	ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane). Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karańska, łemkowska, romska, tatarska	☐	☐	☐
Jestem osobą obcego pochodzenia. To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.	☐	☐	
Jestem osobą państwa trzeciego. Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpieństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpieczstwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.	☐	☐	
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	☐	☐	
Jestem osobą z niepełnosprawnościami Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	☐	☐	☐

Data, Miejscowość	Czytelny Podpis



OŚWIADCZENIA:

Oświadczam że:

- zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „**Aktywność Twoją Szansą**” FEPD.08.03-IZ.00-0045/24,
- podane wyżej dane są poprawne,
- zapoznałem/-am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „**Aktywność Twoją Szansą**” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,
- przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie uczestnictwa i rekrutacji do projektu.
- przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz w oświadczeniach do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu „**Aktywność Twoją Szansą**”
- jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą,
- zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **IT CONSULTING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** wraz z **FUNDACJA NA JEDNEJ NODZE** są administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz oświadczeniach. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **IT CONSULTING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** i **FUNDACJA NA JEDNEJ NODZE** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SM EFS, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027)
- dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służę mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,
- zostałem/-am poinformowany/a, **IT CONSULTING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** wraz z **FUNDACJA NA JEDNEJ NODZE** zapewniają standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 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 oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

- **wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez firmę **IT CONSULTING SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ** wraz z **FUNDACJA NA JEDNEJ NODZE**. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Mazowieckiej Jednostki Wrażania Programów Unijnych,
- mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,
- w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,
- mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania/przebywania,
- **zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.**

Data, Miejscowość	Czytelny Podpis



OŚWIADCZENIE
o spełnieniu kryteriów obligatoryjnych grupy docelowej oraz kryteriów
premiujących w ramach projektu:
„Aktywność Twoją Szansą” nr FEPD.08.03-IZ.00-0045/24

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL lub data urodzenia¹	

Oświadczam, że spełniam wszystkie kryteria grupy docelowej oraz kryteria preferencji, które zostały zaznaczone przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.

.....
Data i czytelny podpis

¹ Wpisanie daty urodzenia możliwe jest wyłącznie w przypadku braku numeru PESEL.