



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pt. „**CUŚ dla Łaskiego**” FELD.07.09-IP.01-0010/23 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)			
Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „CUŚ dla Łaskiego”

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
IMIĘ	
NAZWISKO	

1. Dane osobowe Uczestnika (wypełnić czytelnie w języku polskim)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:
Nazwisko:
PESEL:
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)
Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:

**Wykształcenie:**

- ☐ niższe niż podstawowe (ISCED 0)
☐ podstawowe (ISCED 1)
☐ gimnazjalne (ISCED 2)
☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3)
☐ policealne (ISCED 4)
☐ wyższe (ISCED 5-8)

Województwo:**Powiat:****Gmina:****Miejscowość:****Ulica:****Nr budynku:****Nr lokalu:****Kod pocztowy:****STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)****OSOBA BIERNA ZAWODOWO**

tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną

W TYM OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU

W TYM OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE

- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące
- dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących
- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych

W TYM INNE



OSOBA BEZROBOTNA - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
OSOBA PRACUJĄCA		
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ	
W TYM	INNE	

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****OSOBA OBCEGO POCHODZENIA**

tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów

☐ Tak ☐ Nie

OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO

tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec

☐ Tak ☐ Nie

OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ

mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie

☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji

**OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA
WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ**

- Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;

- Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);

- Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;

- Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;

- Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

☐ Tak ☐ Nie

**Osoba z niepełnosprawnościami**

Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.

- ☐ Tak
☐ Nie
☐ Odmowa podania informacji

Przedłożone dokumenty uzupełniające:

- ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:

- ☐ znacznym ☐ umiarkowanym ☐ lekkim

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, o numerzewydane przez w dniu, na okres.....które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....
 Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego

Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną:

- ☐ Tak
☐ Nie

Przedłożone dokumenty uzupełniające:

- ☐ Niepełnosprawność sprzężona

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
 Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego

Osoba z zaburzeniami psychicznymi:

- ☐ Tak
☐ Nie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
 Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego



Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:

- ☐ Tak
☐ Nie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10:

- ☐ Tak
☐ Nie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:

- ☐ Tak
☐ Nie

Przedłożone dokumenty uzupełniające:

- ☐ Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

**1. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/teki (zaznaczyć składane dokumenty):**

☐ Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia
☐ Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie powiatu łaskiego np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunku lub faktury za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie
☐ inny dokument (jaki?)

2. Wniosek Kandydata/teki o wybór podstawowej formy wsparcia:

1.	Usługi asystenckie	☐
-----------	---------------------------	--------------------------

3. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:

1.	Teleopieka	☐
-----------	-------------------	--------------------------

4. Oświadczenia Kandydata/teki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. mieszkam na terenie powiatu łaskiego. W załączeniu składałem dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium.
2. jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
3. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.
5. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

**5. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu

.....
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

6. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 5 pkt.	☐	☐
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 5 pkt.	☐	☐
c) Choroby psychiczne (orzeczenie) - 5 pkt.	☐	☐
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie) - 5 pkt.	☐	☐
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 5 pkt.	☐	☐
f) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowy) – 5 pkt.	☐	☐
g) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 5 pkt.	☐	☐
Suma uzyskanych punktów:	pkt.	

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji