

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 Realizacja projektu jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Tytuł Projektu	Aktywni mimo barier
Numer Projektu	RPLU.11.01.00-06-0080/16
Oś priorytetowa, w ramach której realizowany jest Projekt	11 Włączenie społeczne
Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt	11.1 Aktywne włączenie

DANE KONTAKTOWE (adres zamieszkania według Kodeksu Cywilnego¹)			
Ulica		Miejscowość	
Nr domu/lokalu		Kod pocztowy Poczta	
Gmina		Powiat	
Województwo		Obywatelstwo	
Adres e-mail		Telefon kontaktowy	
Adres do korespondencji (jeżeli inny niż zamieszkania):			
<p>.....</p>			

¹ Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny – Miejszem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA oraz ZAZNACZYĆ odpowiedni kwadracik

Dane Kandydata/ki											
Imię (imiona)					Nazwisko						
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna					Wiek					
PESEL											
Wykształcenie	1. <input type="checkbox"/> Brak formalnego kształcenia – ISCED 0 (wykształcenie niższe niż podstawowe) 2. <input type="checkbox"/> Podstawowe – ISCED 1 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) 3. <input type="checkbox"/> Gimnazjalne – ISCED 2 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) 4. <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne – ISCED 3 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) 5. <input type="checkbox"/> Policealne – ISCED 4 (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) 6. <input type="checkbox"/> Studia krótkiego cyklu – ISCED 5 (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym licencjackim, magisterskim lub doktoranckim) 7. <input type="checkbox"/> Studia wyższe licencjackie lub odpowiednik – ISCED 6 (kształcenie ukończone na poziomie wyższym licencjackim) 8. <input type="checkbox"/> Studia wyższe magisterskie – ISCED 7 (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich) 9. <input type="checkbox"/> Studia doktoranckie – ISCED 8 (kształcenie wyższe ukończone na poziomie doktoranckim)										
Poziom Doświadczenia Zawodowego	<input type="checkbox"/> nie posiadam doświadczenia <input type="checkbox"/> posiadam doświadczenie od 1 – 12 miesięcy <input type="checkbox"/> posiadam doświadczenie od 1 - 5 lat <input type="checkbox"/> posiadam doświadczenie powyżej 5 lat										



STATUS NA RYNKU PRACY	
Jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia, tj.:	
1. Jestem osobą bierną zawodowo ²	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy, dla której został ustalony III pomocy³ (należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy, potwierdzające status)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą długotrwale bezrobotną⁴	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą posiadającą inny status niż wymienione powyżej np. pracującą, bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy, dla której został ustalony I lub II profil pomocy, inną (jaką?) <i>*Proszę wpisać właściwy status w kolumnę obok (jeśli dotyczy)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jaka
Jestem osobą z niepełnosprawnością (należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia) (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

² Osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawana jest za bierną zawodowo, chyba że jest zarejestrowane już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).

³ Powiatowy Urząd Pracy, udzielając bezrobotnemu pomocy, niezwłocznie po rejestracji, ustala dla bezrobotnego profil pomocy, oznaczający właściwy ze względu na potrzeby bezrobotnego zakres form pomocy określonych w ustawie o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Profil pomocy – Program Aktywizacja i Integracja, działania aktywizacyjne zlecone przez urząd pracy, programy specjalne, skierowanie do zatrudnienia wspieranego u pracodawcy lub podjęcia w spółdzielni socjalnej zakładanej przez osoby prawne oraz w uzasadnionych przypadkach poradnictwo zawodowe

⁴ nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy - dot. młodzieży tj. osób w wieku do 25 lat oraz nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy – dot. dorosłych tj. osób w wieku 25 lat lub więcej.



DANE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KI NA UP	
Jestem osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej⁵	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą, o której mowa art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, w tym: 1) bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnioną od alkoholu, 3) uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, 4) chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianą z zakładów karnych, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań⁶ (dane wrażliwe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁵ Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) 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; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.

⁶ Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

Jestem 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
Jestem osobą niesamodzielną⁷	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą korzystającą z PO PŻ⁸	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą posiadającą rodzinę wielodzietną tj. troje lub więcej dzieci	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących⁹	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej¹⁰ lub etnicznej¹¹, jestem migrantem¹², osobą obcego pochodzenia¹³	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione wyżej np. mam wykształcenie poniżej podstawowego, jestem wykluczony/a społecznie, byłem/am więźniem, narkomanem, zamieszkuję obszary wiejskie itp.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

⁷ Osoba niesamodzielną to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia z związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

⁸ Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014 - 2020

⁹ Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje. Wszyscy członkowie gospodarstwa domowego są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.

¹⁰ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszości: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

¹¹ Zgodnie z prawem krajowym mniejszości etniczne to mniejszości: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

¹² Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele, obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości

¹³ Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.



DOCHÓD MIESIĘCZNY NA OSOBE (proszę zaznaczyć X odpowiednią odpowiedź)			
Oświadczam, że mój miesięczny dochód netto wynosi (na osobę w rodzinie)		Oświadczam, że mój miesięczny dochód netto wynosi (na osobę samotnie gospodarującą)	
0 – 514 zł		0 – 634 zł	
514 zł - więcej		634 zł – więcej	

WYBÓR PREFEROWANEGO SZKOLENIA	
1. E – MARKETING	<input type="checkbox"/>
2. PROGRAMOWANIE	<input type="checkbox"/>
3. LOGISTYK	<input type="checkbox"/>
4. PROWADZENIE SPRAW KADROWO – PŁACOWYCH	<input type="checkbox"/>
5. ZIELONE BIURA	<input type="checkbox"/>
6. INNE (JAKIE?):	<input type="checkbox"/>

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny Podpis Kandydata/ki

Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w Projekcie „Aktywni mimo barier”, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach RPO WL 2014 – 2020, w ramach Osi 11: Włączenie społeczne, Działanie 11.1: Aktywne włączenie, realizowanym przez O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o.o., ul. Bohaterów Monte Cassino 53, 20-705 Lublin, NIP: 7122512213, REGON: 431194111

- **Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu** i zasadami udziału w ww. Projekcie i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta Projektu – O.K. Centrum Języków Obcych Sp. z o.o., ul. Bohaterów Monte Cassino 53, 20-705 Lublin, o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym.
- Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. np. danych rasowych, etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuje się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Beneficjenta Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Beneficjentowi Projektu kopii umowy o pracę/zlecenie lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie lub dokumentacji potwierdzającej założenie i prowadzenie działalności gospodarczej, zarówno w przypadku pojęcia pracy w trakcie uczestnictwa w Projekcie jak i do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu zaświadczenia o podjęciu nauki, kopii uzyskanych certyfikatów, kopii umowy o wolontariacie, opinię psychologiczną oraz zaświadczenie o rejestracji w PUP zarówno w przypadku przerwania udziału w projekcie jak i do 3 miesięcy od ukończenia udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu, tj. status na rynku pracy, tj. przekazania dokumentów potwierdzających podjęcie zatrudnienia i/lub uzyskania kwalifikacji, raportów odnośnie działań mających na celu znalezienie zatrudnienia, zaświadczeń o podjęciu nauki lub szkolenia do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku rejestracji w urzędzie pracy do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie w przypadku, kiedy nie podejmę zatrudnienia.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu .
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. **dane**



oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

- Jestem gotowy/a do podjęcia zatrudnienia.
- Zostałem poinformowany/a, że szkolenia mogą się odbywać w innych miejscach niż miejsce mojego zamieszkania.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny Podpis Kandydata/ki



Załącznik nr 1

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIENIE KRYTERIÓW
GRUPY DOCELOWEJ W RAMACH PROJEKTU „AKTYWNI MIMO
BARIER”
(OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWALNOŚCI)**

Ja, niżej podpisany/a

Oświadczam, iż:

Zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego w rozumieniu KC ¹⁴ (wyłącznie w powiatach: łęczyńskim, m. Lublin, m. Chełm, m. Zamość)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnością (w tym z zaburzeniami psychicznymi) <i>*Załączam stosowny dokument potwierdzający niepełnosprawność, tj. orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy, dla której został ustalony III profil pomocy <i>*Załączam stosowne zaświadczenie z Urzędu Pracy</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędów Pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą wykluczoną (w tym dotkniętą ubóstwem) lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Kandydata/ki

¹⁴ Rozdział II art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



Załącznik nr 2

**Ankieta potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami
W ramach projektu „Aktywni mimo barier!”**

Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu.

Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb osób niepełnosprawnych.

Imię i nazwisko

1. Jakie problemy/bariery wynikające z posiadanej niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z posiadanej niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety

.....

Data i czytelny podpis Kandydata/ki



Załącznik nr 3

ZOBOWIĄZANIE DO PRZEKAZANIA INFORMACJI DOTYCZĄCYCH SYTUACJI PO ZAKOŃCZENIU UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a zobowiązuje się do:

1. Przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie.
2. Dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności zatrudnieniowej/efektywności społeczno – zatrudnieniowej¹⁵ do 3 miesięcy od zakończenia udziału w Projekcie.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Kandydata/ki

¹⁵ 1. Zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawców, 2. Kopie umów o pracę/cywilno-prawn., 3. Zaświadczenie wydane przez ZUS, US, urząd miasta/gminy potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej



Załącznik nr 4

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KI O KORZYSTANIU
Z PROGRAMU OPERACYJNEGO POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014 – 2020
W RAMACH PROJEKTU „AKTYWNI MIMO BARIER”
NR PROJEKTU RPLU.11.01.00-06-0080/16**

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że:

korzystam/nie korzystam¹⁶ z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014 – 2020.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/ki

¹⁶ Nie potrzebne skreślić