

Projekt „Dobry start” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027

Załącznik nr 1 do Regulaminu udziału w projekcie „Dobry start”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem udziału w projekcie **„Dobry start”**. Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.

WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU	
Tytuł i numer projektu	„Dobry start”, numer FEMP.06.16-IP.02-0048/24
Numer i nazwa Osi priorytetowej	Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji, włączenia społecznego
Numer i nazwa Działania, poddziałania	działanie 6.16: Aktywizacja społeczna i zawodowa, typ projektu A Aktywizacja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz osób biernych zawodowo
Nr formularza	
Data i godzina wpływu	
Podpis przyjmującego Formularz	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	Data zakończenia udziału w projekcie

WYPEŁNIA KANDYDAT/-KA - proszę uzupełnić lub podkreślić właściwe	
Nazwisko	
Imię/imiona	
Płeć	
Wiek	
PESEL	

Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 - 2) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej lub niżej ☐ ponadgimnazjalne lub policealne (ISCED 3 i ISCED 4) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe - liceum, technikum, szkoła zawodowa) lub kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym ☐ wyższe (ISCED 5-8) Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym
Opieka nad osobą zależną	☐ Tak ☐ Nie Pod tym określeniem rozumie się osobę potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – np. która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, w tym dziecko/dzieci do lat 7.
DANE KONTAKTOWE	
Adres zamieszkania ¹ /pobytu ²	Województwo /powiat /gmina Miejscowość / kod pocztowy Ulica/ Nr domu / lokalu

¹ Weryfikacja w oparciu o dokument potwierdzający adres zamieszkania np. zaświadczenie z uczelni, OPS, GUP itp.

² Wypełnić tylko, gdy, dot. osób w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań.

Miejsce nauki ³	Województwo /gmina	
	Miejscowość / kod pocztowy	
	Ulica/ Nr domu / lokalu	
Jestem/ nie jestem⁴ mieszkańcem/-ką jednej z gmin wykluczonych komunikacyjnie⁵: ☐ Igołomia – Wawrzeńczyce ☐ Koszyce ☐ Lanckorona ☐ Nowe Brzesko ☐ Radziemice ☐ Liszki ☐ Tomice ☐ Wielka Wieś ☐ Słaboszów		
Jestem/ nie jestem⁶ mieszkańcem/-ką miasta tracącego funkcje społeczno – gospodarcze/ gminy zmarginalizowanej⁷: ☐ Chrzanów ☐ Charsznica ☐ Kozłów ☐ Książ Wielki ☐ Racławice ☐ Słaboszów ☐ Koszyce		
Telefon kontaktowy ⁸		
Adres e-mailowy		☐ nie posiadam
Kryteria formalne		
1. Czy jest Pan/Pani osobą bierną zawodowo? (tzn. nie jest Pan/Pani osobą pracującą ani nie posiada Pan/Pani statusu osoby bezrobotnej) ⁹ ?		☐ Tak ☐ Nie

³ Wypełnić, tylko w przypadku, gdy miejsce zamieszkania jest inne niż miasto Kraków lub powiaty: krakowski, miechowski, proszowski, bocheński, wielicki, wadowicki, suski, oświęcimski i chrzanowski.

⁴ Podkreśl właściwe.

⁵ Zaznacz właściwe.

⁶ Podkreśl właściwe.

⁷ Zaznacz właściwe.

⁸ Wymagane podanie min. jednej formy kontaktu: telefonicznej lub mailowej.

⁹ Weryfikacja w oparciu o zaświadczenie o pobieraniu nauki (studenci studiów stacjonarnych), zaświadczenie o pobieraniu nauki lub uzupełniania kwalifikacji; orzeczenie lub zaświadczenie o stopniu niepełnosprawności; zaświadczenie lub inny

2. Czy jest Pan/Pani osobą uczącą się/odbywającą kształcenie w systemie dziennym?	☐ Tak ☐ Nie
3. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną? (tzn. jest Pan/Pani osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy, aktywnie poszukującą zatrudnienia) ¹⁰ ?	☐ Tak ☐ Nie
4. Czy jest Pan/ Pani osobą długotrwale bezrobotną tj. osobą bezrobotną pozostającą w rejestrze PUP/GUP przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych?	☐ Tak ☐ Nie
5. Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością? ¹¹	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa odpowiedzi
6. Czy jest Pani/Pan osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę? ¹²	☐ Tak ☐ Nie
INFORMACJE DOTYCZĄCE OBYWATELSTWA	
1. Czy jest Pan/ Pani obywatelem/obywatelką Rzeczypospolitej Polskiej?	☐ Tak ☐ Nie
2. Czy jest Pan/Pani obywatelem/obywatelką kraju należącego do Unii Europejskiej i nie ma Pan/Pani polskiego obywatelstwa?	☐ Tak ☐ Nie
3. Czy jest Pan/Pani obywatelem/obywatelką państw trzecich (tj. spoza Unii Europejskiej)?	☐ Tak ☐ Nie
INNE	
1. Czy jest Pan/Pani osobą obcego pochodzenia ¹³ ?	☐ Tak ☐ Nie

dokument potwierdzający chorobę uczestnika/-czki lub osoby od niego zależnej; – zaświadczenie od pracodawcy o przebywaniu na urlopie wychowawczym.

¹⁰ Dotyczy wyłącznie osób zakwalifikowanych do kategorii „osoby z niepełnosprawnością” lub „osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę”. Weryfikacja statusu: na podstawie zaświadczenia z PUP/GUP (dotyczy zarówno osób o statusie bezrobotnego jak i poszukującego pracy).

¹¹ Weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia.

¹² Weryfikacja na podstawie numeru PESEL ze statusem UKR, zaświadczenia o objęciu ochroną czasową.

¹³ Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - którzy nie posiadają polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

2. Czy jest Pan/Pani osobą z państwa trzeciego ¹⁴ ?	☐ Tak ☐ Nie
3. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej?	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa odpowiedzi
4. Czy jest Pan/Pani osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	☐ Tak ☐ Nie
5. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy świadczonej przez MOPS/GOPS/OPS?	☐ Tak ☐ Nie
6. Czy jest Pan/ Pani osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego ¹⁵ ?	☐ Tak ☐ Nie

Specjalne potrzeby: (proszę w odpowiednim miejscu wpisać jakie):	Narzędzia dostosowane do niepełnosprawności:	
	Alternatywne formy materiałów:	
	Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:	
	Zapewnienie tłumacza języka migowego:	
	Inne:	

¹⁴ Osoby, które są obywatelami krajów spoza UE. w tym również: bezpaństwowcy zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa).

¹⁵ Osoba wykluczona z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących je do wsparcia w projekcie, o których mowa w pkt. 4 pkt. 1 Regulaminu wyboru projektów konkurencyjnych dla Priorytetu 6. Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego: Działanie 6.16 Aktywizacja społeczno-zawodowa typ projektu A: Aktywizacja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz osób biernych lub spełniające więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; np. osoba bierna, z niepełnosprawnością, osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę – weryfikacja w oparciu o zaświadczenia/ decyzje/ itp.

Oświadczenia

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. **Zapoznałem/zapoznałam**¹⁶ się z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie „Dobry start” zawartymi w Regulaminie udziału w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie określone ww. Regulaminie.

2. **Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana**¹⁷, że projekt „Dobry start” realizowany przez Związek Centralny Dzieła Kolpinga w Polsce ul. Żułowska 51, 31-436 Kraków, jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027.

3. **Zostałem poinformowany/zostałam poinformowana**¹⁸ o możliwości zgłaszania podejrzeń o niezgodności projektu lub działań związanych z realizacją projektu przez Związek Centralny Dzieła Kolpinga w Polsce do Instytucji Zarządzającej (IZ) na adres mailowy kpp_kpon@umwm.malopolska.pl lub w innej formie, jeśli wynika to ze szczególnych potrzeb komunikacyjnych zgłaszającego.

4. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym oraz o zmianie swojej sytuacji społeczno-zawodowej (np. podjęcie zatrudnienia).

5. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email).

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym i pozostałych załącznikach do Regulaminu są prawdziwe i kompletne.

.....
Data, miejscowość

.....
podpis Kandydata/Kandydatki

¹⁶ Podkreśl właściwe

¹⁷ Podkreśl właściwe

¹⁸ Podkreśl właściwe

Rekrutacja – wypełnia pracownik
Okres trwania rekrutacji:

KRYTERIA FORMALNE	
Status na rynku pracy – osoba niezatrudniona	☐ Tak ☐ Nie
Osoba zamieszkała lub ucząca się na terenie jednego z 10 powiatów ¹⁹ województwa małopolskiego	☐ Tak ☐ Nie
KRYTERIA DODATKOWE	
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie
Osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę	☐ Tak ☐ Nie
Osoba bierna zawodowo	☐ Tak ☐ Nie
Kandydat/ka spełnia kryteria formalne oraz min. jedno kryterium dodatkowe	☐ Tak (10 pkt) ☐ Nie (0 pkt)

Tylko w przypadku spełnienia kryteriów formalnych można dokonać weryfikacji kryteriów premiujących

KRYTERIA PREMIUJĄCE	
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	☐ Tak (10 pkt) ☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak (10 pkt) ☐ Nie
Osoba dotknięta wykluczeniem komunikacyjnym na podstawie adresu zamieszkania: Igołomia – Wawrzeńczyce, Koszyce, Lanckorona, Nowe Brzesko, Radziemice, Liszki, Tomice, Wielka Wieś, Słaboszów	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie
Kobieta	☐ Tak (5 pkt) ☐ Nie
Osoba w wieku 15-29 lat	☐ Tak (3 pkt) ☐ Nie
Osoba zamieszkała w Chrzanowie, Charsznicy, Książu Wielkim, Raclawicach, Słaboszowie, Kozłowie, Koszycach	☐ Tak (3 pkt) ☐ Nie
Kandydat/ka spełnia kryteria premiujące	suma punktów:

Suma punktów za kryteria formalne i premiujące :.....

Kandydat/ka przyjęty(a) / nie przyjęty(a)²⁰ do udziału w projekcie „Dobry Start”

Podpis koordynatora

¹⁹ Kraków, powiaty: krakowski, miechowski, proszowicki, bocheński, wielicki, wadowicki, suski, oświęcimski, chrzanowski

²⁰ Podkreśl właściwe.