

Projekt „Stawiam na rozwój” 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 „Stawiam na rozwój”

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

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

WYPEŁNIA REALIZATOR PROJEKTU	
Tytuł i numer projektu	„Stawiam na rozwój”, numer FEMP.06.04-IP.02-0287/24
Numer i nazwa Osi priorytetowej	Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla rynku pracy, edukacji, włączenia społecznego
Numer i nazwa Działania, poddziałania	Działanie 6.4 Działania na rzecz poprawy sytuacji osób na rynku pracy typ projektu A: Kompleksowe wsparcie osób w celu poprawy sytuacji na rynku pracy
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 zaznaczyć właściwe	
Nazwisko	
Imię/imiona	
Płeć	
Wiek	

PESEL		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0 - 2) Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej lub niżej <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym	
Czy jest Pan/Pani opiekunem/-ką osoby/ osób wymagającej/-ych wsparcia w codziennym funkcjonowaniu <sup>1</sup> ?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>DANE KONTAKTOWE</b>		
Adres zamieszkania <sup>2</sup> /pobytu <sup>3</sup>	Województwo /powiat /gmina  Miejscowość / kod pocztowy  Ulica/ Nr domu / lokalu	
Miejsce pracy	Nazwa zakładu pracy:  Adres zakładu pracy: Województwo /gmina: Miejscowość / kod pocztowy: Ulica/ Nr domu / lokalu:	

<sup>1</sup> Pod tym określeniem rozumie się osobę, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

<sup>2</sup> Weryfikacja w oparciu o dokument potwierdzający adres zamieszkania np. zaświadczenie od pracodawcy, ZUS/KRUS/PUP/GUP itp.

<sup>3</sup> Wypełnić tylko, gdy, dot. osób w kryzysie bezdomności lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań.

Czy jest Pan/Pani osobą pracującą i/lub mieszkającą na terenie miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze lub na terenie gminy zmarginalizowanej <sup>4</sup> ?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy jest Pan/Pani osobą z niepełnosprawnością <sup>5</sup> ?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Czy jest Pan/Pani osobą o ograniczonej mobilności <sup>6</sup> ?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
Telefon kontaktowy <sup>7</sup>		
Adres e-mailowy		<input type="checkbox"/> nie posiadam
<b>OSOBA PRACUJĄCA</b>		
1. Czy jest Pan/Pani osobą pracującą?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą, zatrudnioną na podstawie umowy krótkoterminowej <sup>8</sup> ?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3. Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą, zatrudnioną na podstawie umowy cywilnoprawnej <sup>9</sup> ?		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<sup>4</sup> Wykaz miast średnich tracących funkcje społeczno-gospodarcze na terenie Małopolski: Tarnów, Nowy Targ, Oświęcim gm, Zakopane, Gorlice, Nowy Sącz, Chrzanów. Wykaz gmin zmarginalizowanych na terenie Małopolski: Lipnica Murowana, Borzęcin, Iwkowa, Szczurowa, Bolesław, Gręboszów, Mędrzechów, Olesno, Radgoszcz, Szczucin, Biecz, Bobowa, Lipinki, Łużna, Moszczenica, Ropa, Sękowa, Uście Gorlickie, Dobra, Jodłownik, Kamienica, Laskowa, Łukowica, Mszana Dolna, Niedzwiedź, Charsznica, Kozłów, Książ Wielki, Racławice, Słaboszów, Gródek nad Dunajcem, Grybów, Kamionka Wielka, Korzenna, Łabowa, Łącko, Łososina Dolna, Muszyna, Nawojowa, Piwniczna - Zdrój, Podegrodzie, Rytro, Stary Sącz, Czarny Dunajec, Czorsztyn, Lipnica Wielka, Ochotnica Dolna, Szaflary, Koszyce, Budzów, Bystra-Sidzina, Zawoja, Ciężkowice, Gromnik, Pleśna, Ryglice, Rzepiennik Strzyżewski, Tuchów, Wietrzychowice, Zakliczyn, Szerzyny, Biały Dunajec.

<sup>5</sup> Weryfikacja na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia.

<sup>6</sup> Weryfikacja na podstawie zaświadczenia lekarskiego lub odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia.

<sup>7</sup> Wymagane podanie min. jednej formy kontaktu: telefonicznej lub mailowej.

<sup>8</sup> Weryfikacja na podstawie zaświadczenia od pracodawcy o zatrudnieniu na czas określony nie dłuższy niż 6 miesięcy oraz oświadczenie uczestnika/-czki, że nie jest zatrudniony/-a w innym miejscu na umowę o pracę powyżej 6 miesięcy;

<sup>9</sup> Weryfikacja na podstawie zaświadczenia od pracodawcy o współpracy na podstawie umowy cywilno-prawnej oraz oświadczenie uczestnika/-czki, że nie jest zatrudniony/a w innym miejscu na umowę o pracę;

4. Czy jest Pan/ Pani osobą ubogo pracującą <sup>10</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym:	
a) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w administracji rządowej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
b) Czy jest Pan/Pani osobą pracującą w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek oświaty)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
c) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w organizacji pozarządowej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
d) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w MMŚP?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
e) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w dużym przedsiębiorstwie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
f) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w podmiocie wykonującym działalność leczniczą?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
g) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
h) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
i) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
j) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą na uczelni?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
k) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w instytucie naukowym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
l) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
m) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą na rzecz państwowej osoby prawnej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
n) Czy jest Pan/ Pani osobą pracującą w innym miejscu niewzględnionym w powyższym katalogu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<sup>10</sup> Weryfikacja na podstawie zaświadczenia (lub zaświadczeń w przypadku kilku pracodawców) o wysokości dochodów podlegających opodatkowaniu w ujęciu miesięcznym nieprzekraczającym minimalnego wynagrodzenia za pracę (o którym mowa w Ustawie z dnia 10.10.2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę) w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu lub zaświadczenie od pracodawcy, że osoba wspierana jest osobą pracującą oraz oświadczenie o dochodzie przypadającym na osobę zamieszkujejącą we wspólnym gospodarstwie domowym z uczestnikiem/-czką nieprzekraczającym kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do projektu (o którym mowa w Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 12 lipca 2024 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej).

OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ	
1. Czy jest Pan/ Pani osobą prowadzącą działalność na własny rachunek?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Czy zatrudnia Pan/Pani pracowników (w jakiegokolwiek formie)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3. Proszę wskazać nazwę, numer NIP oraz adres firmy.	Nazwa:  Numer NIP:  Adres firmy:
4. Czy działalność jest wykonywana na terenie województwa małopolskiego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
OSOBA NIEPRACUJĄCA	
1. Czy jest Pan/Pani osobą bierną zawodowo? (tzn. nie jest Pan/Pani osobą pracującą ani nie posiada Pan/Pani statusu osoby bezrobotnej) <sup>11</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym:	
a) Czy jest Pan/Pani osobą uczącą się/ odbywającą kształcenie?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
b) Czy jest Pan/Pani osobą uczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4. Czy jest Pan/Pani osobą bezrobotną? (tzn. jest Pan/Pani osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy, aktywnie poszukującą zatrudnienia) <sup>12</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
a) W tym: 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?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<sup>11</sup> Weryfikacja w oparciu o zaświadczenie o pobieraniu nauki (studenci studiów stacjonarnych), ZUS/ KRUS o braku odprowadzania składek społecznych z tytułu zatrudnienia.

<sup>12</sup> Weryfikacja statusu: na podstawie zaświadczenia z PUP/GUP (dotyczy zarówno osób o statusie bezrobotnego/-ej jak i poszukującego/-ej pracy).

INFORMACJE DOTYCZĄCE OBYWATELSTWA	
1. Czy jest Pan/ Pani obywatelem/obywatelką Rzeczypospolitej Polskiej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Czy jest Pan/Pani obywatelem/obywatelką kraju należącego do Unii Europejskiej i nie ma Pan/Pani polskiego obywatelstwa?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3. Czy jest Pan/Pani obywatelem/obywatelką państw trzecich (tj. spoza Unii Europejskiej)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4. Czy jest Pan/Pani osobą objętą ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę <sup>13</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
INNE	
1. Czy jest Pan/Pani osobą obcego pochodzenia <sup>14</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Czy jest Pan/Pani osobą z państwa trzeciego <sup>15</sup> ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3. Czy jest Pan/Pani osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi
4. Czy jest Pan/Pani osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
5. Czy jest Pan/Pani osobą przebywającą na urlopie macierzyńskim/ tacierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6. Czy jest Pan/ Pani osobą opłacającą składki w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i prowadzi Pan/ Pani gospodarstwo rolne?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<sup>13</sup> Weryfikacja na podstawie numeru PESEL ze statusem UKR, zaświadczenia o objęciu ochroną czasową.

<sup>14</sup> Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - którzy nie posiadają polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.

<sup>15</sup> 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).

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

## Oświadczenia

Ja, niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:

1. **Zapoznałem/zapoznałam**<sup>16</sup> się z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie „Stawiam na rozwój” 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**<sup>17</sup>, że projekt „Stawiam na rozwój” 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**<sup>18</sup> o możliwości zgłaszania podejrzenia niezgodności projektu z Kartą Praw Podstawowych (KPP) lub z Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych (KPON) 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](mailto: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 zawodowej (np. podjęciu/ zmianie 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

---

<sup>16</sup> Podkreśl właściwe

<sup>17</sup> Podkreśl właściwe

<sup>18</sup> Podkreśl właściwe



**Rekrutacja – wypełnia pracownik**  
**Nabór nr ...**  
**Okres trwania rekrutacji: .....**

<b>KRYTERIA FORMALNE</b>	
Status na rynku pracy – osoba pracująca: zatrudniona na podstawie umowy krótkoterminowej/ cywilnoprawnej/ ubogo pracująca <sup>19</sup> lub	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Status na rynku pracy – osoba niepracująca: osoba z niepełnosprawnościami/ o ograniczonej mobilności/ bierna zawodowo/ bezrobotna <sup>20</sup>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba zamieszkująca lub pracująca na terenie województwa małopolskiego.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Kandydat/ka spełnia kryteria formalne</b>	<input type="checkbox"/> Tak (10 pkt) <input type="checkbox"/> Nie (0 pkt)

**Tylko w przypadku spełnienia kryteriów formalnych można dokonać weryfikacji kryteriów  
premiujących**

<b>KRYTERIA PREMIUJĄCE</b>	
Osoba młoda w wieku 18-29 lat	<input type="checkbox"/> Tak (10 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Osoba powyżej 50 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak (10 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Kobieta	<input type="checkbox"/> Tak (10 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Osoba pracująca i/lub zamieszkująca na terenie miast średnich tracących funkcje społeczno- gospodarcze lub gminy zmarginalizowane	<input type="checkbox"/> Tak ( 5 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak (5 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Opiekun/-ka sprawujący/-a opiekę nad osobą/ osobami wymagającą/-ymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> Tak ( 5 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
Osoba o ograniczonej mobilności	<input type="checkbox"/> Tak (5 pkt) <input type="checkbox"/> Nie
<b>Kandydat/ka spełnia kryteria premiujące</b>	<b>suma punktów: .....</b>

**Suma punktów za kryteria formalne i premiujące :.....**  
**Kandydat/ka przyjęty(a) / nie przyjęty(a)<sup>21</sup> do udziału w projekcie „Stawiam na rozwój”**

**Podpis koordynatora .....**

<sup>19</sup> Podkreśl właściwe.

<sup>20</sup> Podkreśl właściwe.

<sup>21</sup> Podkreśl właściwe.