**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU
PT. „Aktywność kluczem do sukcesu”**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* „Aktywność kluczem do sukcesu”

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)** | **Gmina Miasto Chełmno** |
| **Tytuł projektu**  | **„Aktywność kluczem do sukcesu ”** |
| **Oś Priorytetowa** | 09. Solidarne społeczeństwo |
| **Działanie** | 09.02.00 Włączenie społeczne  |
| **Poddziałanie** | 09.02.01. Aktywne włączenie społeczne  |
| **Nr projektu** | RPKP 09.02.01-04-0010/19 |
| **Okres realizacji** | **02.01.2020r.-30.06.2021r.**  |

|  |
| --- |
|  Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu |
| Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ) |  |
| Data, miejsce i godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

*UWAGA:*

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony; jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
2. Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście w MOPS w Chełmnie ul. Gen. Józefa Hallera 11. 86-200 Chełmno lub drogą tradycyjną za pośrednictwem poczty na ww. adres albo drogą mailową na adres sekretariat@mopschelmno.pl. Dla dokumentacji rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina) do biura projektu.
4. Organizator zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

**Oświadczenie Kandydata na Uczestnika projektu:**

**wyrażam/ nie wyrażam\*** zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym przez realizatora projektu: **„Aktywność kluczem do sukcesu”** w tym danych wrażliwych (zgodnie z art.6 ust.1 lit. a-c i art. 9 ust. 2 lit. a, f, g 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).

Celem zbierania i przetwarzania danych osobowych jest procedura rekrutacyjna (w tym ocena kwalifikowalności do udzielenia wsparcia w ramach projektu **„Aktywność kluczem do sukcesu”** w celu monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WP 2014-2020). Administratorem moich danych osobowych jest Gmina Miasto Chełmno. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w procedurze rekrutacyjnej. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych. Mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

……...………………….........……………………..…..

data i czytelny podpis Kandydata

 \*niewłaściwe skreślić

**INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia (miasto i województwo) |  |
| Płeć | [ ]  Kobieta | [ ]  Mężczyzna |
| Seria i nr dowodu osobistego |  | Dowód osobisty wydany przez: |  |
| PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Wykształcenie | [ ]  brak[ ]  podstawowe (poziom ISCED 1)[ ]  gimnazjalne (poziom ISCED 2)[ ]  ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3)[ ]  policealne (poziom ISCED 4)[ ]  wyższe (poziom ISCED 5-8) |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  |
| Obszar zamieszkania: | [ ]  miejski  | [ ]  wiejski |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisać jw.) |
| Ulica, nr domu/nr lokalu/miejscowość/kod pocztowy/gmina/powiat/województwo |  |

|  |
| --- |
| **Status kandydata** |
| **Czy jest Pan(i) osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?** (Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski). | [ ]  TAK [ ]  NIE[ ] ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu** **do mieszkań?** (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 imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, 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 nie nadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). | [ ] TAK  [ ]  NIE |
| **Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami?** (Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2019 poz. 1172 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2018 poz. 1878 z późn. zm.), tj. Osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej w świetle przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest orzeczenie o niepełnosprawności. Natomiast osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej może przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię). | [ ]  TAK [ ]  NIE[ ] ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?**a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym); b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; c) zwolniona z zakładu karnego;  | [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |
| **Czy jest Pan(i) osobą zamieszkałą na terenach wiejskich?**  | [ ]  TAK [ ]  NIE  |

|  |
| --- |
| **Status na rynku pracy** |
| **Czy jest Pan(i)** osobą pracującą? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Jeżeli TAK**, to proszę **podać:** |  |
|  **zawód:**  |
| **miejsce pracy i adres :** |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bierną zawodowo? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bezrobotną **niezarejestrowaną w** urzędzie pracy? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Czy jest Pan(i)** osobą długotrwale bezrobotną? | [ ]  TAK [ ]  NIE |

 **II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do udziału w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne)** | 1. Osoba zamieszkuje na terenie Gminy Miasta Chełmno[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 2. Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określ. w art. 7 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r.poz.1507 z późn.zm.):[ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Kryterium uczestnictwa (dodatkowe)** | 1.Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczona z więcej niż jednej przesłanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym) [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 2.Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r. poz. 1172 z późn. zm.) [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 3. osoba z niepełnosprawnością sprzężoną i zaburzeniami psychicznymi w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. , o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018r., poz. 1878 z późn. zm.)[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 4. Osoba korzystająca ze wsparcia Europejskiego Funduszu Najbardziej Potrzebującym w ramach POPŻ.  [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 5. Osoba zamieszkująca na terenach zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji (obszary weryfikowane na podstawie Lokalneg**o** Programu Rewitalizacji Gminy Miasta Chełmna na lata 2016-2023 przyjętego w Uchwale nr XLI/232/2017 Rady Miasta Chełmna z dnia 28 listopada 2017r.)[ ]  TAK [ ]  NIE |

**OŚWIADCZENIE**

**Świadomy/-a** odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu **„Aktywność kluczem do sukcesu”** oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

*……..…….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

**Załączniki do formularza rekrutacyjnego:**

 Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem „X”) dołączonych do Formularza rekrutacyjnego.

Załączniki składane są w oryginale, notarialnie poświadczonej kopii albo w postaci urzędowo poświadczonego, zgodnie z art. 76a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, odpisu lub wyciągu z dokumentu; mogą być składane także w postaci kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **NAZWA DOKUMENTU** | **TAK** | **NIE** |
| 1 | Oświadczenie kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (kryteria obligatoryjne)- załącznik nr 1 do formularza rekrutacyjnego |  |  |
| 2 | Oświadczenie kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (kryteria dodatkowe) – załącznik nr 2 do formularza rekrutacyjnego |  |  |
| 3 | Orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności |  |  |
| 4 | Orzeczenie/zaświadczenie lekarskie o niepełnosprawności sprzężonej |  |  |
| 5. | Zaświadczenie lekarskie o zaburzeniach psychicznych |  |  |
| 6. | Zaświadczenie z MOPS o korzystaniu z pomocy społecznej |  |  |

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

Zał. nr 1 do formularza rekrutacyjnego

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (KRYTERIA OBLIGATORYJNE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

☐ osobą zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, pracującą lub uczącą się na terenie Miasta Gminy Chełmno

☐ osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określ. w art. 7 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019r.poz.1507 z późn.zm.)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

Zał. nr 2 do formularza

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (KRYTERIA DODATKOWE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

☐ osobą doświadczająca wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczenie z więcej niż jednej przesłanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym)

☐ osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019r., poz. 1172 )

☐ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i zaburzeniami psychicznymi w tym niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r., o ochronie zdrowia psychicznego ( Dz. U. z 2018r., poz. 1878 z późn. zm. )

☐ osobą korzystająca ze wsparcia Europejskiego Funduszu Pomocy Najbardziej Potrzebującym w ramach POPŻ.

☐ osobą zamieszkującą na terenach zdegradowanych wyznaczonych w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji (obszary weryfikowane na podstawie przyjęcia Lokalnego Programu Rewitalizacji Gminy Miasta Chełmna na lata 2016-2023 przyjętego Uchwałą nr XLI/232/2017 Rady Miasta Chełmna z dnia 28 listopada 2017r.)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*