



Załącznik nr 2  
do Regulaminu Projektu

Poniższy formularz został stworzony w celu zebrania Państwa danych osobowych dla potrzeb zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi projektu pn. „**Program profilaktyki społecznej na terenie miasta Opatów i powiatu Opatowskiego**”

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

pn. „Program profilaktyki społecznej na terenie miasta Opatów i powiatu Opatowskiego”

realizowanego 01.06.2020 r. do 31.01.2022 r., z czego w okresie:

- od 01.02.2021 r. do 31.01.2022 realizowane będzie bezpośrednie wsparcie Uczestników/Uczestniczek Projektu.

Zaleca się wypełnienie formularza wraz z załącznikami długopisem w kolorze niebieskim drukowanymi literami, czytelnie.

*(proszę wypełnić tylko białe pola)*

<b>Data wpływu formularza zgłoszeniowego:</b>		
<b>Kolejny numer właściwy dla danej grupy rekrutacyjnej:</b>		...../.....
<b>Preferowana Świetlica (prosimy wybrać jedną świetlicę)</b>	<b>Prowadzona przez PCKTR</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Prowadzona przez OOK</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Nazwisko i Imię (imiona)			
PESEL		Data urodzenia	
Obywatelstwo		Płeć*	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie*	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne
	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> wyższe
Adres zamieszkania (Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której ta osoba przebywa z zamiarem stałego pobytu).	Ulica		
	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość		
	Kod pocztowy	Gmina	
	Powiat	Województwo	
Telefon kontaktowy			

Adres e-mail			
<b>*zaznacz właściwe</b>			
<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU*</b>			
<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo		<input type="checkbox"/> osoba pracująca	
w tym: <input type="checkbox"/> zarejestrowana w PUP jako bezrobotna <input type="checkbox"/> zarejestrowana w PUP jako poszukująca pracy <input type="checkbox"/> niezarejestrowana w PUP <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się <input type="checkbox"/> osoba nie ucząca się		w tym: <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba samo zatrudniona (własna działalność gospodarcza) <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w małym przedsiębiorstwie (10 - 49 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w średnim przedsiębiorstwie (50 - 249 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (250 i więcej pracowników) <input type="checkbox"/> inne	
Wykonywany zawód:			
Nazwa pracodawcy:			
<b>*zaznacz właściwe</b>			
<b>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (prosimy o odniesienie się do każdego punktu)</b>			
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Tak
Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie		<input type="checkbox"/> Tak
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Tak
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/> Tak
<b>OPIS SYTUACJI UCZESTNIKA</b>			
<b>Proszę zaznaczyć TAK, jeśli dziecko lub jego najbliższą rodzinę dotyka któraś z poniższych sytuacji,</b>			

**w przeciwnym razie proszę zaznaczyć NIE  
(prosimy o odniesienie się do każdego punktu)**

*Udzielenie odpowiedzi twierdzącej na poniższe pytanie jest warunkiem udziału w Projekcie*

<p>Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj. z powodu: ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, 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 udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej;</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Tak</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------

*udzielenie minimum jednej odpowiedzi twierdzącej na poniższe pytania umożliwi uzyskanie dodatkowych punktów w procesie rekrutacji*

<p>Osoby lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną, z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>Osoba lub rodzina korzystająca z PO PŻ 2014-2020</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>Osoba zamieszkująca obszary poddane rewitalizacji wskazane w gminnych programach rewitalizacji</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Nie</p>	<p align="center"><input type="checkbox"/> Tak</p>

**Pouczenie:**

Zgodnie z zapisami Regulaminu Projektu, potwierdzeniem informacji zamieszczonych w części OPIS SYTUACJI UCZESTNIKA będzie dołączenie do Formularza zgłoszeniowego odpowiednich dokumentów źródłowych: zaświadczenia, opinie, orzeczenia wydane przez właściwą instytucję lub oświadczenia własne, jeśli nie istnieje możliwość pozyskania zaświadczenia z właściwej instytucji.

**\*zaznacz właściwe**