**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu:**

***„Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie* | | |
| **Zgłoszenie numer:** | **Data wpływu formularza:**  **\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Podpis przyjmującego zgłoszenie:** |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:**

**„Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością”**

**Uwaga!**

Prosimy wypełnić wszystkie pola **czytelnie w języku polskim, drukowanymi literami lub komputerowo.**

W przypadku, w którym dane pole **nie dotyczy osoby wypełniającej należy wpisać „nie dotyczy”.**

Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.

W miejscu **□ należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem”: X**

Formularz można złożyć drogą mailową na adres ……………………………………………………….. (oryginał należy dostarczyć najpóźniej na spotkanie z doradcą), jak też osobiście lub za pośrednictwem poczty do Biura Projektu.

Formularz można przesłać pocztą na adres siedziby w zaklejonej kopercie opisanej w następujący sposób:

**Nadawca**: Imię, Nazwisko, adres do korespondencji Kandydata/ki

**Adres Odbiorcy:** POLSKIE TOWARZYSTWO WALKI Z KALECTWEM ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI W SZCZECINIE ul. Wielkopolska 32/1u

**Z dopiskiem:** Zgłoszenie do Projektu „Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością”

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. DANE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA/CZKĘ W PROJEKCIE** | | | | | |
| A1. DANE IDENTYFIKACYJNE | | | | | |
| **Imię (Imiona)** |  | **Nazwisko** | | |  |
| **Płeć** |  | **Data urodzenia** | | |  |
| **PESEL** |  | | | | |
| A2. ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1) (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego) | | | | | |
| **Ulica** |  | **Nr domu i lokalu** | | |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** | | |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** | | |  |
| **Województwo** |  | **Telefon kontaktowy** | | |  |
| **Adres e-mail** |  | | | | |
| A3. INFORMACJE DODATKOWE - WYKSZTAŁCENIE | | | | | |
| **Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)** | | | |  | |
| **Pomaturalne/policealne** | | | |  | |
| **Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)** | | | |  | |
| **Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)** | | | |  | |
| **Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)** | | | |  | |
| **Brak** | | | |  | |
| **Jestem osobą zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy** | | | Tak Nie | | |
| **B. INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA/KI NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO** | | | | | |
| B1. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ [[2]](#footnote-2) | | | | | |
| **Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności albo inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej** | | | Tak Nie | | |
| **Kod niepełnosprawności** | | | **Stopień niepełnosprawności** | | |
| 01-U 02-P 03-L  04-O    O5-R O6-E 07-S 08-T  09-M 10-N 11-I  12-C  Brak | | | Znaczny  Umiarkowany  Lekki | | |
|  | | | | | |

***Potwierdzam chęć uczestnictwa w Projekcie „******Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością”***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ZAŁĄCZNIKI** | | |
| W załączeniu przedkładam: | | |
| Załącznik nr 1 - **OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ** | tak  nie | |
| Załącznik nr 2 - **KSEROKOPIĘ ORZECZENIA O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ALBO INNEGO DOKUMENTU, O KTÓRYM MOWA W USTAWIE O REHABILITACJI ZAWODOWEJ I SPOŁECZNEJ ORAZ ZATRUDNIANIU OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH** |  | tak  nie |
| Załącznik nr 3 - **ZOBOWIĄZANIE DO UCZESTNICTWA WE WSZYSTKICH FORMACH WSPARCIA W PROJEKCIE** |  | tak  nie |

Oświadczam, że:

1. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i spełniam warunki uczestnictwa w projekcie „Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością” oraz akceptuję warunki uczestnictwa zapisane w Regulaminie rekrutacji.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez POLSKIE TOWARZYSTWO WALKI Z KALECTWEM ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI W SZCZECINIE ul. Wielkopolska 32/1u (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. i ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wszystkich form wsparcia w ramach Projektu, monitoringu i ewaluacji Projektu.

………………………...... …………………………… .....……………………………….

Miejscowość Data Czytelny podpis Kandydata

*Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego*

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ**

**w ramach projektu „Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością”**

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie „Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością” oświadczam, iż, ja niżej podpisany/a:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(Imię i nazwisko)*

1. Jestem osobą niepełnosprawną[[3]](#footnote-3):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| tak | nie | |
| 1. Jestem osobą zamieszkującą województwo zachodnio – pomorskie w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego[[4]](#footnote-4): | | |  | |
| tak | nie | |

1. Jestem osobą niezatrudnioną (bezrobotną, bierną zawodowo, inną), zainteresowaną aktywnością społeczno-zawodową oraz podjęciem zatrudnienia:

|  |  |
| --- | --- |
| tak | nie |

1. Jestem osobą zatrudnioną z wykorzystaniem metody zatrudnienia wspomaganego, bez zakończonego procesu, zainteresowaną aktywnością społeczno-zawodową oraz podjęciem zatrudnienia:

|  |  |
| --- | --- |
| tak | nie |

1. Jestem w wieku aktywności zawodowej (tj. nie osiągnięty wiek emerytalny):

|  |  |
| --- | --- |
| tak | nie |

1. Nie korzystam ani nie będę korzystać do końca mojego udziału w niniejszym projekcie z tej samej formy wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów – jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów.

|  |  |
| --- | --- |
| tak | nie |

………………………...... ……………………… ...……………..................……………………… Miejscowość Data Czytelny podpis Kandydata/-tki

*Załącznik nr 3 do Formularza rekrutacyjnego*

**ZOBOWIĄZANIE DO UCZESTNICTWA WE WSZYSTKICH FORMACH WSPARCIA W PROJEKCIE**

**„Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością”**

Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia oferowanych w ramach projektu „Program wsparcia społeczno-zawodowego drogą do podjęcia zatrudnienia przez osoby z niepełnosprawnością”,a w szczególności w:

1. Indywidualnych spotkaniach z psychologiem, doradcą zawodowym i prawnikiem.

2. Spotkaniach integracyjnych z socjologiem.

3. Grupowym Treningu Rozwoju Interpersonalnego i Treningu Pamięci z wykwalifikowanymi trenerami.

4. Rehabilitacji zdrowotnej.

5. Spotkaniach z pośrednikiem pracy.

6. Stażu zawodowym pod nadzorem opiekuna.

7. Stypendium szkoleniowym oraz płatnych stażach.

8. Wsparciu w uzyskaniu zatrudnienia.

9. Zwrotu kosztów przejazdu.

10. Wsparciu asystenta osoby niepełnosprawnej.

11. Poczęstunku.

………………………...... ……………………… ...……………..................……………………… Miejscowość Data Czytelny podpis Kandydata/-tki

1. Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-1)
2. w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535, z późn. zm). [↑](#footnote-ref-2)
3. w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776 z późniejszymi zmianami) [↑](#footnote-ref-3)
4. Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-4)