



**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 (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego) | | | |
| Ulica | | Nr domu i lokalu | |
| Miejscowość | | Kod pocztowy | |

¹Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



| | | | |
|---------------------|--|---------------------------|--|
| Gmina | | Powiat | |
| Województwo | | Telefon kontaktowy | |
| Adres e-mail | | | |

A3. INFORMACJE DODATKOWE - WYKSZTAŁCENIE

| | |
|--|---|
| Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) | <input type="checkbox"/> |
| Pomaturalne/policealne | <input type="checkbox"/> |
| Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) | <input type="checkbox"/> |
| Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) | <input type="checkbox"/> |
| Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) | <input type="checkbox"/> |
| Brak | <input type="checkbox"/> |
| Jestem osobą zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

B. INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA/KI NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**B1. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ²**

| | |
|--|--|
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności albo inny dokument potwierdzający status osoby niepełnosprawnej | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Kod niepełnosprawności | Stopień niepełnosprawności |
| <input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05-R <input type="checkbox"/> 06-E <input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M <input type="checkbox"/> 10-N <input type="checkbox"/> 11-I <input type="checkbox"/> 12-C <input type="checkbox"/> Brak | <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki |

²w 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).



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 | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |
| Załącznik nr 3 - ZOBOWIĄZANIE DO UCZESTNICTWA WE WSZYSTKICH FORMACH WSPARCIA W PROJEKCIE | <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie |

Oświadczam, że:

- Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
- 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.
- Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- 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 niepełnosprawną³:
 tak nie
2. Jestem osobą zamieszkującą województwo zachodnio – pomorskie w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego⁴:
 tak nie
3. Jestem osobą niezatrudnioną (bezrobotną, bierną zawodowo, inną), zainteresowaną aktywnością społeczno-zawodową oraz podjęciem zatrudnienia:
 tak nie
4. Jestem osobą zatrudnioną z wykorzystaniem metody zatrudnienia wspomaganego, bez zakończonego procesu, zainteresowaną aktywnością społeczno-zawodową oraz podjęciem zatrudnienia:
 tak nie
5. Jestem w wieku aktywności zawodowej (tj. nie osiągnięty wiek emerytalny):
 tak nie
6. 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

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)

⁴ Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



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