



**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**  
„Planowanie i działanie – integracja społeczno-zawodowa społeczności Kielc”

Data wpływu.....

nr identyfikacji .....

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**I. Dane osobowe**

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Pesel	
4.	Płeć (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek	
6.	Data i miejsce urodzenia	
7.	Adres zamieszkania/ przebywania	miejscowość:..... ulica:..... nr domu:..... nr lokalu:..... kod pocztowy:.....
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
8.	Czy jesteś osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
9.	Czy korzystasz ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
10.	Czy jesteś osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
11.	Czy jesteś osobą uzależnioną od substancji psychoaktywnych (np. alkoholu, narkotyków)?	<input type="checkbox"/> Tak, w tym będącą: <input type="checkbox"/> w trakcie terapii uzależnień <input type="checkbox"/> po zakończonej terapii uzależnień <input type="checkbox"/> Nie



12.	Czy jesteś osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
13.	Czy jesteś osobą niepełnosprawną?	<input type="checkbox"/> Tak, posiadam stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> Nie Proszę zaznaczyć symbol niepełnosprawności zgodnie z orzeczeniem <input type="checkbox"/> 01-U upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> 02-P choroby psychiczne <input type="checkbox"/> 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu <input type="checkbox"/> 04-O choroby narządu wzroku <input type="checkbox"/> 05-R upośledzenie narządu ruchu <input type="checkbox"/> 06-E epilepsja <input type="checkbox"/> 07-S choroby układu oddechowego i krążenia <input type="checkbox"/> 08-T choroby układu pokarmowego <input type="checkbox"/> 09-M choroby układu moczowo-płciowego <input type="checkbox"/> 10-N choroby neurologiczne <input type="checkbox"/> 11-I inne, w tym schorzenia endokrynologiczne, metaboliczne, zaburzenia enzymatyczne itd. <input type="checkbox"/> 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe np. autyzm, które wystąpiły przed 16 r.ż <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
14.	Czy masz trudności w integracji ze środowiskiem w związku z opuszczeniem zakładu karnego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
15.	Czy leczysz się z powodu zaburzeń psychicznych?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie dotyczy
16.	Czy jesteś osobą odbywającą karę pozbawienia wolności objętą dozorem elektronicznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
17.	Czy jesteś członkiem gospodarstwa domowego, w którym przebywają osoby rezygnujące z pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną lub niesamodzielną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18.	Czy jesteś osobą niesamodzielną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



19.	Czy jesteś uchodźcą, realizującym indywidualny program integracji?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20.	Jakie posiadasz 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"/> licencjackie <input type="checkbox"/> wyższe
21.	Jaki posiadasz status na rynku pracy?	<p>Oświadczam, że jestem:</p> <p>A. osobą bezrobotną, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy <p>B. osobą bierną zawodowo z powodów zdrowotnych, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub w szkoleniu <input type="checkbox"/> osobą uczestniczącą w kształceniu lub w szkoleniu, w tym: <input type="checkbox"/> w trybie dziennym <input type="checkbox"/> w trybie zaocznym
22.	Jak długo pozostajesz bez pracy?	<input type="checkbox"/> do 2 lat <input type="checkbox"/> od 2 do 6 lat <input type="checkbox"/> od 6 do 10 lat <input type="checkbox"/> powyżej 10 lat
23.	Czy jesteś osobą objętą Programem Operacyjnym Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
24.	Czy jesteś osobą zamieszkującą na obszarze poddanym rewitalizacji?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>



## II. Oświadczenia:

1.	Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r., poz. 1600 z późn. zm.) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2.	Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
3.	W związku z przystąpieniem do Projektu <i>Planowanie i działanie – integracja społeczno-zawodowa społeczności Kielc</i> oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Kielce, dnia.....

.....  
(podpis kandydata)

## III. Dołączone wymagane załączniki

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku należy właściwą rubrykę zaznaczyć „X”  UWAGA! Pole zaciemnione wypełnia pracownik MOPR			
<b>1. Dokument potwierdzający niepełnosprawność osoby wypełniającej formularz</b>				
	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE
1.1 Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność				
<b>2. Oświadczenia</b>				
	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE
2.1 Oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE

\*Kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną (np. notariusza) lub oryginał przedłożony do wglądu i poświadczony przez pracownika socjalnego MOPR (przed ostatecznym złożeniem formularza).