

Załącznik Nr 1A do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DLA OSÓB BEZDOMNYCH/ZAGROŻONYCH BEZDOMNOŚCIĄ**

Data wpływu	Data rejestracji
Nr identyfikacji	

I. Dane osobowe

1.	Imię
2.	Nazwisko
3.	PESEL
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek
6.	Data i miejsce urodzenia
7.	Obywatelstwo
8.	Adres zamieszkania/przebywania	miejsowość: ulica: nr domu..... nr lokalu: kod pocztowy:
	Telefon kontaktowy
	Adres e-mail
9.	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"/> wyższe
10.	Czy jesteś osobą bezdomną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR/Oświadczenie pracownika MOPR</i>
11.	Czy jesteś osobą zagrożoną bezdomnością?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR/Oświadczenie pracownika MOPR</i>

12.	Jak długo pozostajesz w bezdomności?	<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 <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR/Oświadczenie pracownika MOPR</i>
13.	Czy korzystasz ze świadczeń pieniężnych/rzeczowych z pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
14.	Czy korzystasz z Program Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
15.	Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<p>A. Czy opuściłeś Zakład Karny/Areszt Śledczy w ciągu ostatnich 12 miesięcy?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR/ Oświadczenie pracownika MOPR</i>
		<p>B. Czy jesteś osobą uzależnioną od alkoholu/narkotyków?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p>W tym:</p> <input type="checkbox"/> W trakcie terapii <input type="checkbox"/> Po zakończeniu terapii
		<p>C. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <p>Jeśli tak, to jaki masz stopień niepełnosprawności?</p> <input type="checkbox"/> Znaczny/I gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Umiarkowany/II gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidzka <i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i>
		<p>D. Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi, niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja – dokument potwierdzający niepełnosprawność wydany przez właściwy organ orzekający</i>
		<p>E. Czy opuściłeś całodobową placówkę opieki instytucjonalnej?</p> <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR/Oświadczenie pracownika MOPR</i>
16.	Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym Romowie), migrantem lub osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
17.	Czy jesteś obywatelem krajów trzecich (kraju spoza UE)?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
18.	Czy jesteś osobą zamieszkującą/przebywającą na obszarach poddanych rewitalizacji?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Oświadczenie pracownika MOPR</i>



19.	Czy jesteś osobą wykluczoną komunikacyjnie z powodu trudności w korzystaniu z transportu publicznego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
20.	Czy wychowujesz małoletnie dzieci?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR/Oświadczenie pracownika MOPR</i>
21.	Jaki posiadasz status na rynku pracy?	Oświadczam, że jestem: <input type="checkbox"/> Osobą pracującą <input type="checkbox"/> Osobą bezrobotną, w tym: <input type="checkbox"/> osobą długotrwale bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osobą bezrobotną nie zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osobą bierną zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osobą nie uczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, <input type="checkbox"/> osobą uczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu, <i>Weryfikacja zaświadczenie z ZUS/potwierdzenie wygenerowane z PUE ZUS potwierdzające status osoby jako biernej zawodowo/baza danych MOPR</i>
22.	Wykonywany zawód
23.	Miejsce zatrudnienia	Nazwa zakładu pracy..... Miejscowość..... Kod pocztowy..... ulica.....

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 2024 r. poz. 17) 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 SAB+ Skuteczna Aktywizacja Bezdomnych, oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4.	Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
5.	Oświadczam, że zostałem poinformowany o dofinansowaniu projektu pn. „ SAB+ Skuteczna Aktywizacja Osób Bezdomnych” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.
6.	Oświadczam, że zostałem poinformowany, że udział w projekcie jest bezpłatny.
7.	Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do uczestnictwa w projekcie.
8.	Oświadczam, że zostałem poinformowany, że po zakwalifikowaniu mnie do projektu otrzymuję status uczestnika projektu w dniu otrzymania pierwszej formy wsparcia.



9.	Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania i przetwarzania przez administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Świętokrzyskiego z siedzibą w Kielcach, al. IX Wieków Kielc 3, 25-516 Kielce, pełniący rolę Instytucji Zarządzającej dla programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027 oraz Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Kielcach ul. Studzienna 2, 25-544 Kielce będący beneficjentem projektu.
10.	Oświadczam, że udzielam dla Beneficjenta (MOPR) i Partnera (Stowarzyszenie Edukacja przez Internet) realizatorów projektu, nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć, filmów itp. nośników informacji z moim wizerunkiem w ramach realizacji projektu bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystywanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, filmów itp. za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu realizacji projektu.
11.	Oświadczam, że dobrowolnie deklaruję udział w projekcie.

Kielce, dnia.....

.....
(podpis kandydata)

III. Dołączone wymagane załączniki od Klienta

Nazwa załącznika	Wypełnia pracownik MOPR	
	TAK	NIE DOTYCZY
1. Dokumenty osoby wypełniającej formularz		
1.1 Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny)		
1.2 Kserokopia* świadectwa zwolnienia z zakładu karnego		
1.3 Formularz Ankiety potrzeb/usprawnień dla osób z niepełnosprawnościami		
1.4 Formularz klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik 4 A		
1.5 Formularz klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu danych osobowych - załącznik 4 B		
Data i podpis pracownika Biura Projektu		

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