**Załącznik nr 1** do Regulaminurekrutacji i uczestnictwa

……………………………………………………………………………….

 (data oraz podpis osoby przyjmującej)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DLA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

Formularz Zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę Projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy zaznaczyć znakiem ‘X’ odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru
(na przykład *tak, nie, odmowa podania danych*). Każde pole powinno być wypełnione (zaznaczone *tak, nie lub odmowa podania danych*).

**Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

|  |
| --- |
| **Część I Dane Projektu** |
| 1  | **Nazwa Beneficjanta**  | Fundacja Szansa dla Niewidomych |
| 2  | **Tytuł projektu**  | „Aktywne osoby z niepełnosprawnościami” |
| 3 | **Numer projektu**  | WND-RPSL.09.01.05-24-062D/16-004 |
| 4 | **Priorytet, Działanie** | IX , 9.1 |

|  |
| --- |
| **Część II Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie** |
| **Dane osobowe** | **Imię (imiona)** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć** |  |
|  | **Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną** | * TAK
 | * NIE
 |
| **Adres zamieszkania** | **Miasto**  |  |
| **Dzielnica** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica** |  |
| **Numer domu** |  |
| **Numer lokalu** |  |
| **Dane kontaktowe** | **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres (e-mail)** |  |
| **Adres do korespondencji** *(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)* |  |
|  **Wykształcenie (należy zaznaczyć**  **"X” przy odpowiedniej pozycji )** | **Brak** *Brak formalnego wykształcenia*  |  |
| **Podstawowe***Kształcenie uko*ń*czone na poziomie szkoły podstawowej* |  |
| **Gimnazjalne***Kształcenie uko*ń*czone na poziomie szkoły gimnazjalnej* |  |
| **Ponadgimnazjalne** *Kształcenie uko*ń*czone na poziomie szkoły* ś*redniej (wykształcenie* ś*rednie lub zasadnicze zawodowe)* |  |
| **Policealne** *Kształcenie uko*ń*czone na poziomie wy*ż*szym ni*ż *kształcenie na poziomie szkoły* ś*redniej, które jednocze*ś*nie nie jest wykształceniem wy*ż*szym* |  |
| **Wykształcenie Wyższe** *Pełne i uko*ń*czone wykształcenie na poziomie wy*ż*szym (licencjat, magisterium lub równorzędne)* |  |

|  |
| --- |
| **Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu** |
|  | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)****Oświadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)****Owiadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)** | jestem osobą **bezrobotną** **dłużej** niż 12 miesięcylub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy |  |  |
| jestem osobą **bezrobotną krócej** niż 12 miesięcy lub 6 miesięcy w przypadku osób do 25 roku życia, niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy |  |  |
| jestem osobą **nieaktywną zawodową** (**bierną zawodową)**, w tym: |  |  |
| * jestem osobą uczącą się
 |  |  |
| * nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu
 |  |  |
| * inne
 |  |  |
| liczba osób w gospodarstwie domowym wynosi: |  |  |
| posiadam **orzeczenie** o niepełnosprawności |  |  |
| * stopień lekki
 |  |  |
| * stopień umiarkowany
 |  |  |
| * stopień znaczny
 |  |  |
| Opis niepełnosprawności i innych dysfunkcji: ..………………………………………………………….………………………………………………………. |
| potrzebuję pomocy asystenta, żeby móc uczestniczyć w działaniach Projektu (na przykład w dotarciu na zajęcia) |  |  |
|  | TAK | NIE | ODMOWA PODANIA DANYCH |
| **korzystam** ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 930, z późn. zm.) finansowych i/lub niefinansowych |  |  |  |  |
| **nie korzystam** ze świadczeń z pomocy społecznej, jednak kwalifikuję się do objęcia wsparciem z pomocy społecznej |  |  |  |  |
| **Dane dodatkowe** |  |  |
| jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących.Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje, tj. wszyscy członkowie gospodarstwa są albo bezrobotni albo bierni zawodowo. | * TAK
 | * NIE
 |
| w tym: jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu. Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem. | * TAK
 | * NIE
 |
| jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.Osoba dorosła to osoba powyżej 18 r.ż. | * TAK
 | * NIE
 |
| jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależącą do mniejszości narodowej lub etnicznej.Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. | * TAK
 | * NIE
 | * ODMOWA PODANIA DANYCH
 |
| jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań. | * TAK
 | * NIE
 |
| jestem osobą żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej). | * TAK
 | * NIE
 | * ODMOWA PODANIA DANYCH
 |

O projekcie „Aktywne osoby z niepełnosprawnościami”dowiedziałem/łam się z: ……………………………………………………………,…………………………………………………….

JA NIŻEJ PODPISANY/A: ……..……………………………….………..…………………..

 (imię i nazwisko)

OŚWIADCZAM, że :

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdąi przyjmuję
do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia,** są zgodne
z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Aktywne osoby z niepełnosprawnościami”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
4. Deklaruję swój udział w projekcie „Aktywne osoby z niepełnosprawnościami”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję
o tym fakcie Organizatora Projektu.
6. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społeczno-zatrudnieniowej po zakończonym udziale w Projekcie.
7. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Aktywne osoby z niepełnosprawnościami” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020.
8. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania Dokumentów rekrutacyjnych do powyższego Projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Katowice, dnia ………………… …………………………………………………….…………….

 podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią

 powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora (Lidera) w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn. zm.).*

Katowice, dnia ………………… ………………..………………………………………………….

 podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią

 powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego

Wyrażam nieodwołalną zgodę na nieodpłatne, wielokrotne i bezterminowe wykorzystanie
i rozpowszechnianie mojego wizerunku, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania, przez Organizatora (Lidera) projektu „Aktywne osoby z niepełnosprawnościami”- Fundacja Szansa dla Niewidomych – w celach wynikających z zasad realizacji, dokumentowania i promocji ww. Projektu, zgodnie z ustawą z dnia 04.02.1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U z 2016, poz. 666, z późn. zm.), to jest w szczególności dla celów dokumentacji fotograficznej i audiowizualnej oraz promocji działań, w ramach Projektu, w publikacjach
oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji o Projekcie. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie zdjęć i nagrań video nie stanowi naruszenia moich dóbr osobistych.

Katowice, dnia ………………… ………………..………………………………………………….

 podpis Kandydata/Kandydatki

W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią

 powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego

**PROTOKÓŁ KOMISJI REKRUTACYJNEJ**

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ I OCENA FORMALNA** |
| **Kryteria formalne** | TAK | NIE |
| Osoba składająca Formularz Zgłoszeniowy wyraziła zgodę na przetwarzanie danych osobowych. |  |  |
| Wszystkie pola Formularza Zgłoszeniowego są wypełnione. |  |  |
| Formularz Zgłoszeniowy został podpisany przez Kandydata w wyznaczonych do tego miejscach i zawiera datę. |  |  |
| Wszystkie oświadczenia będące załącznikami do Regulaminu zostały opatrzone aktualną datą oraz podpisane przez Kandydata. |  |  |
| **Przynależność do grupy docelowej** |  |  |
| Kandydat jest mieszkańcem województwa Śląskiego. |  |  |
| Kandydat jest członkiem rodziny zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.  |  |  |
| Kandydat jest nieaktywny zawodowo (bierny zawodowo) lub bezrobotny w wieku 16-65 lat. |  |  |
| Kandydat posiada orzecz. o niepełnosprawności w st. znacznym lub umiarkowanym z powodu dysfunkcji wzroku. |  |  |
| **Orzeczenie o niepełn.** | TAK | NIE |  | **Zaświad. UP** | TAK | NIE | N/D | **Zaświad. o zagr. utratą pracy** | TAK | NIE | N/D |
| Rekomenduję do oceny merytorycznej Data i podpis ………………………………………  |
| Uwagi: |

**CZĘŚĆ II OCENA MERYTORYCZNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| korzystanie z pomocy społecznej lub PO PŻ (30 pkt.) | **pkt:** | osoby z wykształceniem niskim (20 pkt.) | **pkt:** |
| osoby z wykształceniem średnim /policealnym/ (10 pkt.) | **pkt:** | osoby z wykształceniem wyższym (5 pkt.) | **pkt:** |
| osoby z orz. niepełnosprawnością ze względu na dysfunkcję wzroku (10 pkt.) | **pkt:** | wynik Ankiety motywacyjnej (5-25 pkt.) | **pkt:** |

 **Razem liczba punktów: ………………**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wynik rozmowy rekrutacyjnej przeprowadzonej** **w dniu ………..………………….** | * POZYTYWNY
 | * NEGATYWNY
 |
| Uzasadnienie:  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Decyzja o przyjęciu do Projektu: | * POZYTYWNA
 | * NEGATYWNA
 |

Data i podpis członków Komisji Rekrutacyjnej (Przewodniczący Komisji, psycholog):

1…………………………………………………………………….. 2 ……………………………………………………………………..