

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Część I Dane Projektu		
1	Organizator	Fundacja „Aktywizacja Bez Granic”
2	Tytuł Projektu	Modułu III programu „Pomoc obywatelom Ukrainy z niepełnosprawnością” (nabór trzeci)
3	Nazwa Projektu	Wspólnie Możemy Pomóc Pracować

Część II Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	Obywatelstwo	
	PESEL lub numer paszportu	
	Płeć	
Adres zamieszkania	Województwo	
	Miasto	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres (e-mail)	
	Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>	
Dane dotyczące legalności pobytu cudzoziemca	Data wjazdu na teren Polski	
	Dokument potwierdzający legalność pobytu na terenie Polski	
	Dokument potwierdzający wjazd na teren Polski po 24 lutego 2022	



	Dokument potwierdzający możliwość podjęcia legalnie pracy na terenie Polski	
Wykształcenie (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)	Brak (niższe niż podstawowe)	
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe): Liceum, Liceum profilowane, Technikum, Technikum uzupełniające, Zasadnicza szkoła zawodowa.	
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż szkoła średnia, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	
	Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)	

Oświadczenia III B	Opis niepełnosprawności	TAK	NIE
Oświadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności:		
	• Stopień I		
	• Stopień II		

Oświadczenia III C (nieobowiązkowe, podanie tych danych jest traktowane jako wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych)	Dane dodatkowe	TAK	NIE
Oświadczam, że: (należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)	Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących.		
	Jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależącą do mniejszości narodowej lub etnicznej.		
	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.		
	Jestem osobą żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej.		



OŚWIADCZENIA

OŚWIADCZAM, że :

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i 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* Projektu i rekrutacji w projekcie „**Wspólnie Możemy Pomóc Pracować**”, 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 „**Wspólnie Możemy Pomóc Pracować**”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu „**Wspólnie Możemy Pomóc Pracować**” ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
6. Oświadczam, że nie korzystam z innego źródła dofinansowania do kosztów zamieszkania ze środków Urzędu Wojewódzkiego.
7. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania Dokumentów rekrutacyjnych do powyższego Projektu, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia emigrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Miejscowość....., dnia

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

Oświadczenie o zamieszkaniu na terenie Polski *

Upředzony(a) o odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy /artykuł 233k.k./ oświadczam, że moje miejsce zamieszkania znajduje się na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Informacja jest zgodna ze stanem faktycznym na dzień.....

*W celu ustalenia miejsca zamieszkania należy uwzględnić: czas trwania i ciągłość pobytu na terytorium danego państwa członkowskiego charakter i specyfikę wykonywanej pracy, miejsce w którym praca jest zazwyczaj wykonywana, jej stały charakter oraz czas trwania, sytuację rodzinną i więzi rodzinne, sytuację mieszkaniową, oraz to czy sytuacja ma charakter stały.

Miejscowość....., dnia

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

Miejscowość..... , dn.

Dane składającego oświadczenie:

.....

.....

(imię, nazwisko, adres zamieszkania)

**OŚWIADCZENIE
O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU**

Na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 4 lutego 1994 r. (Dz.U. z 2017 r., poz. 880 z późn. zm.) wyrażam bezterminową zgodę na nieodpłatne, wielokrotne wykorzystanie mojego wizerunku, w szczególności w postaci fotografii lub audiowizualnej.

Zgoda na wykorzystanie mojego wizerunku obejmuje wszelkie pola eksploatacji, w szczególności rozpowszechnienie, opublikowanie, utrwalanie i powielanie oraz obróbkę, kadrowanie i retusz wykonanych fotografii oraz nagrań, a także zestawianie z innymi fotografiami, utworami lub materiałami i rozpowszechnienie lub opublikowanie w taki sposób.

Powyższa zgoda obejmuje zezwolenie do umieszczania mojego wizerunku w publikacjach oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji takich strony internetowe, media społecznościowe, prasa o Projekcie związanych z promocją działań w ramach Projektu.

Czytelny podpis/data

.....

OŚWIADCZENIE
uczestnika projektu „Wspólnie Możemy Pomóc Pracować”:
pobierającego stypendium

Nazwisko: Imię:

Imię ojca: Imię matki:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL: Obywatelstwo:

Seria i numer paszportu : wydanego przez

Miejsce zamieszkania

Gmina / Dzielnica: Powiat: Województwo:

Kod: Poczta: Miejscowość:

Ul: Nr domu: Nr mieszkania:

Telefon: Adres e-mail:

Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia:

Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego:

NR rachunku bankowego | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

NR rachunku bankowego | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU SPOŁECZNYM

Niniejszym oświadczam, że:

*W KAŻDEJ RUBRYCE WPISAĆ **TAK** LUB **NIE** (W przypadku wpisania **TAK** należy uzupełnić kolumnę po prawej)*

Jestem zarejestrowany/a w Powiatowym/Wojewódzkim Urzędzie Pracy			Nazwa Urzędu Pracy:
Pobieram zasiłek dla osób bezrobotnych			Zasiłek od dnia: do dnia:
Jestem	emerytem		Nr decyzji:
	rencistą		Proszę dołączyć kopię decyzji przyznającej emeryturę/rentę (z uwzględnieniem dat)

Jestem osobą niepełnosprawną o stopniu niepełnosprawności (polskim) :		Stopień niepełnosprawności: lekki/umiarkowany/znaczny (wpisać właściwe) Proszę dołączyć kopię decyzji orzeczenia o stopniu niepełnosprawności (z uwzględnieniem dat)
Pobieram z tego tytułu świadczenia rentowe		Świadczenia rentowe od dnia: do dnia:
Jestem zatrudniony/a w innym zakładzie pracy na umowę o pracę/cywilnoprawną/inna umowę		Rodzaj umowy:
		Okres obowiązywania umowy:
		Nazwa zakładu pracy:
		NIP zakładu pracy: Proszę dołączyć zaświadczenie z zakładu pracy
W ramach zatrudnienia przebywam na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym		W okresie: od do
Jestem uczniem szkoły ponadpodstawowej /studentem i nie ukończyłem/łam 26 lat, za wyjątkiem nauki w szkole dla dorosłych lub w szkole wyższej, gdzie studiuje w formie studiów niestacjonarnych		Jako potwierdzenie dołączam kopię legitymacji uczniowskiej/studenckiej. Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć co 6 miesięcy kopię aktualnej legitymacji uczniowskiej/studenckiej.
Jestem zgłoszony/a do ubezpieczeń społecznych w KRUS (Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego)		
Prowadzę działalność gospodarczą lub złożyłem/łam wniosek o wpis do ewidencji działalności gospodarczej		
Zgadzam się, że w przypadku konieczności objęcia mnie ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym Instytucja realizująca projekt "Wspólnie Możemy Pomóc Pracować" będzie dokonywała z tego tytułu płatności w moim imieniu		

1. Podane dane są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego za składanie fałszywych zeznań (podanie nieprawdziwych informacji).
2. O wszystkich zmianach dotyczących informacji objętych niniejszym kwestionariuszem osobowym, w szczególności o zmianie okoliczności mających wpływ na obowiązek odprowadzania składek z tytułu ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych, zobowiązuję się pisemnie powiadomić Organizatora projektu, w terminie 3 dni od dnia zaistnienia takiej zmiany.
3. Jestem świadomy/a odpowiedzialności określonej Art. 98 Ustawy z dn. 13 października 1998 o systemie ubezpieczeń społecznych z późniejszymi zmianami za brak terminowego powiadomienia Organizatora projektu o wszelkich zmianach uniemożliwiających prawidłowe zgłoszenie do ZUS.

.....
data podpisania oświadczenia

.....
podpis Uczestniczki/ka Projektu