

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Aktywna i otwarta integracja w województwie podlaskim”

UPRZEJMIE PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU														
1. DANE PODSTAWOWE														
Nazwisko							Imię (imiona)							
Data urodzenia							Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe						
PESEL												Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
2. MIEJSCE ZAMIESZKANIA														
Kod pocztowy			-				Poczta							
Ulica							Nr domu / lokalu							
Miejscowość							Gmina							
Powiat							Województwo							
Tel. kontaktowy							Adres e-mail							
3. KRYTERIA REKRUTACYJNE														
A. KRYTERIA FORMALNE														
Osoba z niepełnosprawnością								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie						
– w tym: osoba z niepełnosprawnością ze względu na wzrok								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie						
Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością (o ile co najmniej 1 z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością)								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie						
Osoba/rodzina korzystająca ze wsparcia Ośrodka Pomocy Społecznej								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie						
Osoba/rodzina kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, ze względu na:								<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie						
<input type="checkbox"/> ubóstwo/ <input type="checkbox"/> sieroctwo / <input type="checkbox"/> bezdomność / <input type="checkbox"/> niepełnosprawność / <input type="checkbox"/> długotrwałą lub ciężką chorobę <input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie <input type="checkbox"/> inne (wskazane w art. 7 ustawy o pomocy społecznej, wskazać jakie ¹ :)														

¹) 1) bezrobocie; 2) potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi; 3) potrzebę ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 4) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 5) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 6) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 7) alkoholizm lub narkomanie; 8) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 9) klęskę żywiołową lub ekologiczną.



Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwego Powiatowego Urzędu Pracy nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza)</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
– w tym: posiadam następujący profil pomocy:		<input type="checkbox"/> I profil <input type="checkbox"/> II profil <input type="checkbox"/> III profil <input type="checkbox"/> nie dotyczy
– w tym: osoba długotrwale bezrobotna* <i>Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” oznacza bezrobotnego pozostającego w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba niesamodzielna - ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność i/lub stan zdrowia		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
B. KRYTERIA PREMIUJĄCE		
Osoba/rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) <i>(w przypadku zaznaczenia TAK – konieczne jest dołączenie zaświadczenia z właściwej organizacji partnerskiej lub innego dokumentu o podobnym statusie nie starszego niż 1 miesiąc od daty wypełnienia niniejszego formularza)</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba/rodzina zamieszkująca teren wiejski		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba/rodzina uboga ²		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
4. Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności i/lub stanu zdrowia (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> specjalistyczny sprzęt dla osób niewidomych/słabowidzących <input type="checkbox"/> druk materiałów powiększoną czcionką <input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> inne:	
5. PREFEROWANE WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU		
<input type="checkbox"/> WSPARCIE O CHARAKTERZE SPOŁECZNYM/EDUKACYJNYM/ZDROWOTNYM (m.in. warsztaty i doradztwo gospodarowania budżetem domowym itd.)		
<input type="checkbox"/> PROPONOWANE WSPARCIE O CHARAKTERZE ZAWODOWYM poprzedzone wsparciem społecznym/edukacyjnym/zdrowotnym:		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Sprzedawca z obsługą kasy fiskalnej i terminali płatniczych wraz z językiem rosyjskim”		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Spawacz metodą MIG”		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Pomoc kuchenna”		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Kurs opiekuna osoby starszej i niepełnosprawnej tzw. Siostra PCK”		
<input type="checkbox"/> Szkolenie „Kurs komputerowy zakończony egzaminem ECDL”		

²Osoba/rodzina uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na podstawie przesłanki ubóstwa, tj. osoba/rodzina której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji społecznej.



6. DEKLARACJA

Ja, niżej podpisana(y),

.....
(imię, nazwisko składającego / ej oświadczenie)

zam.

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Oświadczam, iż

1. wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
2. zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
3. jestem zainteresowany/a wzięciem udziału w projekcie: „Aktywna i otwarta integracja w województwie podlaskim”;
4. zamieszkuję na terenie powiatów: białostockiego / hajnowskiego / sokólskiego / miasta Białystok w województwie podlaskim;
5. zostałem/am poinformowany, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020;
6. zostałem/am zapoznany/a z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny Podpis

BIURO PROJEKTU:
Fundacja Szansa dla Niewidomych
(Tyflopunkt w Białymstoku)
ul. Legionowa 14/16 lok. 203, 15-099 Białystok
tel. +48 85 743 65 12,
e-mail: bialystok@szansadlaniewidomych.org

ODDZIAŁ BIURA PROJEKTU:
Open Education Group Sp. z o.o.
ul. Jagienki 4, 15-480 Białystok
tel. 85-869-11-69, fax 85-869-11-70,
e-mail: projekt@aktywna-integracja.pl