*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

*rekrutacji*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Projekt pn. „Centrum Usług Społecznych w Gminie Mszczonów”, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych
w środowisku lokalnym.**

|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz:** |
| Data przyjęcia Formularza: |   |
| Numer Formularza: |  |
|  |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz: |   |
|

|  |
| --- |
| **UWAGA****Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól.****Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie***(nie należy łączyć sposobów wypełnienia formularza).***W przypadku odręcznego wypełnienia prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI****literami oraz niebieskim długopisem (czytelnie).****Formularz należy CZYTELNIE podpisać (niebieski długopis).****W przypadku, gdy któreś z pól nie dotyczy należy je opatrzyć adnotacją „nie dotyczy”.****Formularz w przypadku osoby małoletniej podpisuje rodzic / opiekun prawny.** |

**CZĘŚĆ I - INFORMACJE O KANDYDACIE**

|  |
| --- |
| **1. Nazwisko i Imię** |
|  |
| **2 Płeć** |
| [ ]  kobieta[ ]  mężczyzna |
| **3. Adres zamieszkania** *(w rozumieniu Kodeksu Cywilnego: Rozdział II art. 25 miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)*  |
| Ulica, nr domu/ nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |
| Gmina |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| **4. Miejsce zamieszkania** |
|

|  |
| --- |
| [ ]  **obszar wiejski** *(teren położony poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej)*  |

 [ ]  **obszar miejski** *(teren położony w granicach administracyjnych miasta)* |
| **5. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** |
|  |
| **6. Telefon kontaktowy** |  |
| **7. Adres e-mail** |  |
| **8. PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10. Wykształcenie -** Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej (jednej) kratce |
| [ ]  Wyższe (ISCED 5-8) – kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych[ ]  Policealne (ISCED 4) – kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym [ ]  Ponadgimnazjalne (ISCED 3) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa)[ ]  Gimnazjalne (ISCED 2) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej [ ]  Podstawowe (ISCED 1) – kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej[ ]  Niższe niż podstawowe (ISCED 0) – brak osiągniętego wykształcenia podstawowego |
| **11. Informacje dodatkowe** (*Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce*) |
| osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia[ ]  tak [ ]  nie [ ]  odmawiam podania informacji  |
| osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań[ ]  tak [ ]  nie [ ]  odmawiam podania informacji  |
| osoba z niepełnosprawnościami[ ]  tak [ ]  nie [ ]  odmawiam podania informacji  |
| osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (tj. osoby z wykształceniem niższym niż podstawowe; byli więźniowie; narkomani)[ ]  tak [ ]  nie [ ]  odmawiam podania informacji  |
| **12. Statusu osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| [ ]  osoba bezrbotna (*osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, osoba zarejestrowana w PUP jako bezrobotna, osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP*)- weryfikowane na podstawie zaświadczenia z PUP[ ]  osoba długotrwale bezrobotna *(dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)-* zaświadczenie z PUP [ ]  osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy: zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające status [ ]  osoba bierna zawodowo (*osoby, które. w danej chwili nie stanowią zasobów siły roboczej nie pracują i nie są zarejestrowane w PUP jako bezrobotne)*: zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające status  |
|  – w tym: [ ]  inne [ ]  osoba ucząca się: planowana data zakończenia edukacji……………………. [ ]  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu [ ]  osoba pracująca: wykonywany zawód ……..…………………………………………………………………………… zadtrudniony/-a w.................................................................................................................................. |

**CZĘŚĆ II - ANKIETA DOTYCZĄCA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH KANDYDATA**

|  |
| --- |
| **1. Oświadczenie Kandydata** *(Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce)* |
| [ ]  osoba zamieszkująca na terenie Gminy Mszczonów[ ]  pracownik organizowanego CUS[ ]  pracownik MOPS Mszczonów |

|  |
| --- |
| **2. Przynależność do grupy docelowej, dodatkowe informacje** *(Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce,).* |
| [ ]  mieszkaniec/ mieszkanka gminy Mszczonów zgłaszająca chęć/ potrzebę skorzystania z usług społecznych, dotychczas korzystający/ korzystająca z usług pomocy społecznej,[ ]  mieszkaniec/ mieszkanka gminy Mszczonów zgłaszająca chęć/ potrzebę skorzystania z usług społecznych, dotychczas nie korzystający/ nie korzystająca z usług pomocy społecznej[ ]  pracownik organizowanego CUS[ ]  pracownik MOPS Mszczonów |

|  |
| --- |
| **3. Specjalne potrzeby Kandydata / Opiekuna kandydata, który jest osobą z niepełnosprawnościami** *(Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce, jeśli dotyczy).* |
| Czy potrzebuje Pan/i specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? [ ]  tak [ ]  nie Jeśli TAK, proszę opisać jakiego: ………………………………………………………………………………………. |
| Czy potrzebuje Pan/i zapewnienia tłumacza migowego? [ ]  tak [ ]  nie  |
| Czy potrzebuje Pan/i zapewnienia druku materiałów powiększoną czcionką? [ ]  tak [ ]  nie   |
| Czy wyraża Pan/i potrzebę dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych? [ ]  tak [ ]  nie Jeśli TAK, proszę opisać jakiego: ………………………………………………………………………………………. |
| Czy ma Pan/i inne specjalne potrzeby? [ ]  tak [ ]  nie Jeśli TAK, proszę opisać jakie: …………………………………………………………………………………………. |

**CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIA**

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

**Oświadczam że:**

* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji ,,Centrum Usług Społecznych w Gminie Mszczonów”, akceptuję jego warunki i zgodnie z jego wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie,
* zostałem/am poinformowany/a, że w/w projekt jest współfinansowany ze środków współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa II. Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych w środowisku lokalnym,
* zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie,
* wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminę Mszczonów/ Centrum Usług Społecznych w Mszczonowie,
* zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia,
* zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania,
* oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym,
* oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Gminę Mszczonów/ Centrum Usług Społecznych w Mszczonowie,
* deklaruję uczestnictwo w przewidzianym wsparciu.

……………………………………………………………………………...………….…………………

*(miejscowość, data) (czytelny podpis osoby uprawnionej)*