

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

<b>1. Nazwisko i Imię</b>											
<b>2 Płeć</b>											
<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna											
<b>3. Adres zamieszkania</b> (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											
<b>4. Miejsce zamieszkania</b>											
<input type="checkbox"/> <b>obszar wiejski</b> (teren położony poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej)  <input type="checkbox"/> <b>obszar miejski</b> (teren położony w granicach administracyjnych miasta)											
<b>5. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</b>											
<b>6. Telefon kontaktowy</b>											
<b>7. Adres e-mail</b>											
<b>8. PESEL</b>											
<b>10. Wykształcenie - Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej (jednej) kratce</b>											

- ☐ 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 zamieszkujące na terenie słabo zaludnionym, osoby z wykształceniem niższym niż podstawowe; byli więźniowie; narkomani)

☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania informacji

#### 12. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

☐ osoba bezrobotna (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 .....

zatrudniony/-a w.....

## CZĘŚĆ II - ANKIETA DOTYCZĄCA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH KANDYDATA

### 1. Oświadczenie Kandydata (Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce)

☐ orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub po wstępnej diagnozie psychologiczno-pedagogicznej

☐ osoba korzystająca z programu PO PŻ 2014-2020

☐ osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia

☐ rodzic lub opiekun jest osobą niepełnosprawną

☐ osoba pochodzenia ukraińskiego

☐ rodzic/opiekun uczestnika projektu

### 2. Przynależność do grupy docelowej, dodatkowe informacje (Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce,).

☐ jestem osobą w wieku 3- 18 lat

☐ jestem rodzicem/opiekunem uczestnika projektu

☐ jestem osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności, orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego lub po wstępnej diagnozie psychologiczno-pedagogicznej,

☐ jestem osobą korzystającą z programu PO PŻ 2014-2020

☐ mój rodzic lub opiekun jest osobą niepełnosprawną

☐ jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia

☐ jestem osobą pochodzenia ukraińskiego

### 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 „Rozwój placówki wsparcia dziennego dla dzieci i młodzieży w formie opiekuńczej i specjalistycznej”, 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 Unii Europejskiej w ramach IX. Osi Priorytetowej Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020,
- 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 Realizatora projektu,
- 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 Fundację Centrum Rozwoju Społecznego i Obywatelskiego ul. Łukiska 2/8, 04-123 Warszawa w partnerstwie z Gminą Mszczonów- Centrum Usług Społecznych w Mszczonowie, ul. Grójecka 45, 96-320 Mszczonów,
- deklaruję uczestnictwo w przewidzianym wsparciu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis osoby uprawnionej)