



KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„Włącz swoją szansę”

nr RPMP.09.01.00-14-8212/17

| DANE OSOBOWE | | |
|---|--|------------------------------------|
| Imię | | |
| Nazwisko | | |
| Obywatelstwo | | |
| PESEL | | |
| Wykształcenie (zaznaczyć właściwe) | <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8) | |
| Płeć | <input type="checkbox"/> KOBIEТА | <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA |
| DANE KONTAKTOWE | | |
| Adres zamieszkania (wg kodeksu cywilnego ¹) | Województwo | |
| | Powiat | |
| | Gmina | |
| | Kod pocztowy, miejscowość | |
| | Ulica, nr budynku/nr lokalu | |
| Telefon kontaktowy | | |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | |

¹ Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



I. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

| OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE STATUSU NA RYNKU PRACY | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Jestem osobą bierną zawodowo, tj. osobą, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (nie pracuje, nie jest bezrobotna, nie poszukuje pracy). | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| | Jestem osobą bierną zawodowo, uczącą się. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| | Jestem osobą bierną zawodowo, nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. | Jestem osobą bezrobotną, tj. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3. | Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy.* <u>*Taka osoba jest zobligowana do dostarczenia zaświadczenia z Urzędu Pracy o statusie os. bezrobotnej ze wskazaniem profilu pomocy.</u> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4. | Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 5. | Jestem osobą długotrwale bezrobotną. tj. pozostającą bez pracy przez okres min. 12 miesięcy (dotyczy osób w wieku 25 lat i więcej), lub min. 6 miesięcy (dotyczy osób w wieku poniżej 25 lat) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |



| | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 6. | <p>Jestem osobą bezrobotną z określonym III profilem pomocy* zgodnie z art. 33 Ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r.</p> <p><u>*Taka osoba jest zobligowana do dostarczenia zaświadczenia z Urzędu Pracy o statusie os. bezrobotnej ze wskazaniem profilu pomocy.</u></p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
|----|---|------------------------------|------------------------------|

OŚWIADCZENIA ZWIĄZANE Z WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

| | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | <p>Jestem osobą wykluczoną lub zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.</p> <p>*Definicja w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 znajduje się w Regulaminie Projektu.</p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. | <p>Jestem osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej).*</p> <p>(Na podstawie art. 7 ustawy następujące przesłanki uprawniają do korzystania ze świadczeń pomocy społecznej: ubóstwo; sieroctwo; bezdomność; bezrobocie; niepełnosprawność; długotrwała lub ciężka choroba; przemoc w rodzinie; potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudność 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; trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; alkoholizm lub narkomania; zdarzenie losowe i sytuacji kryzysowe; klęska żywiołowa lub ekologiczna).</p> <p><u>*Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu ze świadczeń ze wskazaniem podstawy prawnej udzielanej pomocy.</u></p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |



| | | | |
|------------------|--|---|---|
| <p>3.</p> | <p>Jestem osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. (Przesłanki określone w art. 7 ustawy to: ubóstwo; sieroctwo; bezdomność; bezrobocie; niepełnosprawność; długotrwała lub ciężka choroba; przemoc w rodzinie; potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudność 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; trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; alkoholizm lub narkomania; zdarzenie losowe i sytuacji kryzysowe; klęska żywiołowa lub ekologiczna).</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/></p> | <p>NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>4.</p> | <p>Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj. spełniającą co najmniej jedną z poniższych przesłanek;</p> <p>- Osoba bezdomna realizująca indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p> <p>-Osoba uzależniona od alkoholu,</p> <p>-Osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających,</p> <p>-Osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,</p> <p>-Osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,</p> <p>-Osoba zwolniona z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p> <p>-Uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,</p> <p>-Osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> <p>TAK <input type="checkbox"/></p> | <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> <p>NIE <input type="checkbox"/></p> |
| <p>5.</p> | <p>Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-</p> | <p>TAK <input type="checkbox"/></p> | <p>NIE <input type="checkbox"/></p> |



| | | | |
|----|---|------------------------------|------------------------------|
| | <p>wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.*</p> <p><u>*Osoba taka zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z właściwej instytucji, potwierdzającego powyższe np. zaświadczenie od kuratora lub wyrok sądu.</u></p> | | |
| 6. | <p>Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.).</p> <p><u>*Osoba taka zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z właściwej instytucji, potwierdzającego powyższe np. zaświadczenie od kuratora, zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi w charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; kopia postanowienia sądu; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości.</u></p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 7. | <p>Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.).</p> <p><u>Osoba taka zobowiązana jest do dostarczenia zaświadczenia z ośrodka wychowawczego/młodzieżowego/socjoterapii potwierdzającego powyższe.</u></p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 8. | <p>Jestem osobą niepełnosprawną*, tj. osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie lub inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.</p> <p><u>*Osoba niepełnosprawna jest zobligowana do dostarczenia wraz z formularzem zgłoszeniowym orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.</u></p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 9. | <p>Jestem osobą:</p> <p>- z lekkim stopniem niepełnosprawności</p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |



| | | | |
|-----|--|------------------------------|------------------------------|
| | - z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| | - ze znacznym stopniem niepełnosprawności | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| | - z niepełnosprawnością sprzężoną | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| | - z niepełnosprawnością intelektualną | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| | - z zaburzeniami psychicznymi | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 10. | <p>Jestem rodzicem dziecka z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.</p> <p><u>*Osoba taka jest zobligowana do dostarczenia wraz z formularzem zgłoszeniowym orzeczenia o niepełnosprawności dziecka lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.</u></p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 11. | <p>Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.</p> <p><u>*Osoba niesamodzielną jest zobowiązana do dostarczenia dokumentu potwierdzającego powyższe np. zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</u></p> | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 12. | <p>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.</p> <p>Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach). 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |



| | | | |
|-----|---|------------------------------|------------------------------|
| | <p>specjalistyczne zakwaterowanie wspierane).</p> <p>3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą).</p> <p>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.</p> <p><u>*Osoba taka jest zobowiązana do dostarczenia dokumentu potwierdzającego powyższe np. zaświadczenie z właściwej instytucji, kopię wyroku sądowego, pisma ze spółdzielni o zadłużeniu itp.</u></p> | | |
| 13. | Jestem osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe, a mój dochód (suma miesięcznych przychodów) nie przekracza kwoty 634,00 zł. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 14. | Jestem członkiem rodziny ² , w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514,00 zł. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 15. | Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) 2014-2020 a zakres wsparcia w ramach projektu nie powiela działań, które otrzymuję z PO PŻ. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

| INNE OŚWIADCZENIE ZWIĄZANE Z UCZESTNICTWEM W PROJEKCIE | | | |
|--|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. | Zamieszkuję na terenie woj. mazowieckiego (zgodnie z kodeksem cywilnym ³) | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |
| 2. | Jestem osobą gotową do podjęcia zatrudnienia. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> |

² Osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące.

³ Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



| Oświadczenia związane ze statusem uczestnika w chwili przystąpienia do projektu | | | | |
|---|---|------------------------------|------------------------------|--|
| 1. | Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia. | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> |
| 2. | Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym ⁴ bez osób pracujących; | TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input type="checkbox"/> |
| | - w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu. | TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input type="checkbox"/> |
| 3. | Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. | TAK <input type="checkbox"/> | | NIE <input type="checkbox"/> |
| 4. | Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej). | TAK <input type="checkbox"/> | NIE <input type="checkbox"/> | ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> |

II. POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą;
- **Oświadczam, że zostałem pouczone/pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;**
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Projektu „Włącz swoją szansę” i akceptuję jego zapisy;
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o tym, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej;
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o konieczności przekazania danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy oraz informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie (efektywność społeczno – zatrudnieniowa); oraz o konieczności zarejestrowania się w Powiatowym Urzędzie Pracy, jeśli po zakończeniu projektu nie podejmę pracy;
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o konieczności udostępnienia danych dotyczących mojego statusu na rynku pracy w trakcie 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie;
- Wyrażam zgodę na udział w procesie monitoringu i ewaluacji projektu, w tym m.in. wypełnianie ankiet, dokumentów oraz testów sprawdzających;
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacji, zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późniejszymi zmianami).

⁴ Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem i wspólnie prowadząca dom.



- Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Włącz swoją szansę” nr RPMP.09.01.00-14-8212/17.
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że wypełnienie kwestionariusza zgłoszeniowego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis