

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Aktywni na rynku pracy-II edycja”

<b>Tytuł projektu</b>	<b>Aktywni na rynku pracy-II edycja</b>
<b>Konkurs PFRON</b>	<b>„Możemy więcej”</b>
<b>Beneficjent</b>	<b>FUNDACJA ROZWOJU I AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ PRZYJAŹŃ</b>

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE BIAŁE POLA

INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDACIE NA UCZESTNIKA PROJEKTU						
Imię				Nazwisko		
Data urodzenia				Płeć	<input type="checkbox"/>	Kobieta
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<b>MIEJSCE ZAMIESZKANIA<sup>1</sup></b>						
Ulica				Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu <input type="text"/>
Kod pocztowy				Miejscowość		
Województwo				Powiat		
Gmina				Tel. kontaktowy		
Adres e-mail						
<b>WYKSZTAŁCENIE:</b>					<b>NALEŻY ZAZNACZYĆ ODWIEDNIE POLE</b>	
Niepełne podstawowe					<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25. Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu



<b>Podstawowe</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Gimnazjalne</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Zawodowe</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Średnie</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Policealne</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Wyższe</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>STATUS OSOBY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU</b>	<b>NALEŻY ZAZNACZYĆ ODWIEDNIE POLE</b>
<b>Oświadczam, że jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności<sup>2</sup>:</b> Należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy bez pracy:</b> W przypadku osób zarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z urzędu pracy potwierdzające status.	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  Pozostają bez pracy od:  .....
<b>Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy bez pracy:</b> W przypadku osób niezarejestrowanych w ewidencji urzędów pracy należy dołączyć zaświadczenie z ZUS o niezgłoszeniu do składek społecznych	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  Pozostają bez pracy od:  .....
<b>Oświadczam, że nie jestem osobą objętą tymi samymi działaniami aktywizacyjnymi w ramach innych zadań lub</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<sup>2</sup>o których mowa w art. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, 1981, z 2022 r. poz. 558, 1700, 1812. z późn. zm.)

Projekt współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

<b>projektów finansowych ze środków PFRON realizowanych w tym samym czasie (w tym za pośrednictwem samorządu województwa lub samorządu powiatowego).</b>	
<b>Posiadam doświadczenie zawodowe</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie  Posiadam doświadczenie zawodowe (w latach):  .....
<b>Jestem zainteresowana/y udziałem w szkoleniu:</b>	z jakiej tematyki, zakresu?  ..... .....

## Formularz potrzeb Osób Niepełnosprawnych:

Ankietę uzupełniają **wszyscy Kandydaci/tki z niepełnosprawnościami** na Beneficjentów Ostatecznych „Aktywni na rynku pracy-II edycja”

**Pyt. 1.** Czy w przypadku uczestnictwa w projekcie “Aktywni na rynku pracy-II edycja” będą Panu/Pani potrzebne dodatkowe usprawnienia? *Proszę przy każdym z niżej wymienionych usprawnień zaznaczyć odpowiedź TAK lub NIE.*

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Alternatywne formy materiałów szkoleniowych/ pomocniczych | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie              | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego                      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Specjalne wyżywienie                                      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Inne usprawnienia/potrzeby                                | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

**Pyt. 2.** W przypadku zaznaczenia w pytaniu 1 odpowiedzi „TAK” proszę o dokładne wskazanie potrzeb dodatkowego usprawnienia w ramach realizacji projektu “Aktywni na rynku pracy-II edycja”

.....

.....

.....

.....

.....



**Oświadczam, iż:**

- Zapoznałem/am się z zasadami udziału w ww. projekcie zawartymi w Regulaminie Projektu i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Akceptuję warunki regulaminu. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu – FUNDACJI ROZWOJU I AKTYWNOŚCI SPOŁECZNEJ PRZYJAŹŃ o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika, dane kontaktowe, status)
- Zostałam/em poinformowana/ny, że projekt jest współfinansowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu „Możemy więcej”.
- Zostałem/am poinformowany/a, że szkolenia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
- Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
- Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu szkoleniowym, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania Organizatorowi Projektu kopii umowy o pracę lub zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie/potwierdzenia prowadzenia działalności gospodarczej, zarówno w przypadku podjęcia pracy w trakcie uczestnictwa w projekcie jak i po ukończeniu udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora Projektu
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość ....., dnia .....

CZYTELNY podpis kandydata .....