Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie
pn.: „Czas na aktywizację"
nr projektu FEWP.06.10-IP.01-0009/24

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

NAZWA BENEFICJENTA:
EDUCATOR L.B. CENTRUM KSZTAŁCENIA, FORMEDICO, LILIANA KALETA
TYTUŁ PROJEKTU:
„CZAS NA AKTYWIZACJĘ"
NR PROJEKTU:
FEWP.06.10-IP.01-0009/24

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE (za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaję się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia)	

DANE UCZESTNIKA											
IMIĘ											
NAZWISKO											
PESEL/INNY IDENTYFIKATOR											
PŁEĆ	**MĘŻCZYZNA**			**KOBIETA**		**WIEK** (w chwili przystąpienia do projektu)					
WYKSZTAŁCENIE:	**ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)** (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)										
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017 r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)										
	WYŻSZE (ISCED 5–8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)										

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
IMIĘ	
NAZWISKO	

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NR BUDYNKU	
NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK			NIE		
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK			NIE		
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2.Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3.Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny	TAK			NIE		

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4.Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5.Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.						
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	

SZCZEGÓŁY WSPARCIA		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)		
OSOBA BIERNA ZAWODOWO tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną		
W TYM	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU	
W TYM	OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
W TYM	INNE	
OSOBA BIERNA ZAWODOWO Ze względu na:		
NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ		
STAN ZDROWIA		
OBOWIĄZKI RODZINNE (OPIEKA NAD DZIEĆMI/OSOBĄ STARSZĄ/OSOBĄ CHORĄ/PROWADZENIE DOMU)		
INNE		
OSOBA BEZROBOTNA - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	

SZCZEGÓŁY WSPARCIA		
W TYM	INNE	

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA W KONTEKŚCIE DOSTĘPNOŚCI				
OSOBA UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE POTRZEBUJE ZAPEWNIENIA SPECJALNYCH UDOGODNIEŃ:	TAK		NIE	
Jeśli tak, proszę o wskazanie, którego z poniższych udogodnień potrzebuje osoba ubiegająca się o wsparcie (można wskazać więcej niż jedna odpowiedź):				

MATERIAŁY INFORMACYJNE WYDRUKOWANE WIĘKSZĄ CZCIONKĄ NIŻ STANDARDOWA	
SKORZYSTANIE Z MATERIAŁÓW W ALFABECIE BRAILLE'A	
SKORZYSTANIE Z TŁUMACZA PJM, TŁUMACZA SYSTEMU JĘZYKOWO-MIGOWEGO (SJM) LUB TŁUMACZA SYSTEMU KOMUNIKACJI OSÓB GŁUCHONIEWIDOMYCH (SKOGN)	
SKORZYSTANIE Z PĘTLI INDUKCYJNEJ	
WSPARCIE ASYSTENTA NA PRZYKŁAD: OSOBY NIEWIDOMEJ, OSOBY GŁUCHONIEWIDOMEJ, OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ	
OBECNOŚĆ OSOBY TOWARZYSZĄCEJ/ASYSTENTA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ RUCHOWĄ	
ZAPEWNIENIE ODPOWIEDNICH WARUNKÓW DLA PSA ASYSTUJĄCEGO	
WYDŁUŻENIA CZASU NA ZŁOŻENIE FORMULARZA WYNIKAJĄCEGO Z KONIECZNOŚCI WOLNIEJSZEGO TŁUMACZENIE NA JĘZYK MIGOWY, WOLNEGO MÓWIENIA, ODCZYTYWANIA KOMUNIKATÓW Z UST	
INNE, JAKIE? ……	

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję treść Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie **„Czas na aktywizację" nr FEWP.06.10-IP.01-0009/24.**
2. Potwierdzam, że wszystkie dane zawarte w dokumentacji rekrutacyjnej są prawdziwe, a jeżeli ulegną zmianie poinformuję o tym fakcie Biuro Projektu.

……
(Miejscowość i data)

……..
(Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu/ Rodzica/Opiekuna)