

Projekt „Niepełnosprawni na start” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez AMD GROUP
Michał Drymajło na podstawie umowy nr,
zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie
w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy
Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Niepełnosprawni na start”

Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy: Nr umowy:

Okres realizacji projektu: 01.10.2016 do 31.12.2017

<p>Data i godzina wpływu/podpis osoby przyjmującej</p>	
--	--

Prosimy o wypełnianie ankiety **PISMEM DRUKOWANYM.**

Wszystkie dokumenty muszą być kompletnie wypełnione **niebieskim** długopisem
oraz czytelnie podpisane.

Do formularza niezbędne jest załączenie:

- zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej lub poszukującej pracy;
- oświadczenia o statusie na rynku pracy – bierność zawodowa.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WRAZ Z KOMPLETEM DOKUMENTÓW NALEŻY ZŁOŻYĆ W BIURZE PROJEKTU
OSOBIŚCIE LUB DROGĄ POCZTOWĄ.

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

ANKIETA REKRUTACYJNA DO PROJEKTU

„Niepełnosprawni na start”

DANE PODSTAWOWE:

1. Nazwisko:.....

2. Imiona:.....

3. Płeć: Kobieta Mężczyzna

4. Orzeczenie o niepełnosprawności:

I. Powiatowego Zespołu ds. Orzekania o Niepełnosprawności:

a) lekki stopień niepełnosprawności

b) umiarkowany stopień niepełnosprawności

c) znaczny stopień niepełnosprawności

II. Lekarza orzecznika ZUS/ dawne KIZ (wydane przed 1 stycznia 1998 r.):

a) częściowa niezdolność do pracy/dawna III grupa inwalidzka

b) całkowita niezdolność do pracy/ dawna II grupa inwalidzka

c) całkowita niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji/dawna I grupa inwalidzka

III. Orzeczenie KRUS (wydane przed 1 stycznia 1998 r.):

a) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym

b) orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji

IV. Orzeczenia służb mundurowych (MON, MSWiA):

a) orzeczenie o zaliczeniu do III grupy inwalidztwa w związku ze służbą

b) orzeczenie o zaliczeniu do II grupy inwalidztwa w związku ze służbą

c) orzeczenie o zaliczeniu do I grupy inwalidztwa w związku ze służbą

V. Ważne do:.....

5. Data i miejsce urodzenia: w

6. PESEL

7. Telefon kontaktowy :

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

8. E-mail:.....

9. Telefon osoby upoważnionej do kontaktu:

Adres zameldowania:

Woj. Powiat Poczta -

Miejscowość Ulica Nr domu

Adres zamieszkania: (wypełnić jeśli jest inny niż adres zameldowania)

Woj. Powiat Poczta -

Miejscowość Ulica Nr domu

Opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobami zależnymi: tak nie

ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE*:

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> plakaty | <input type="checkbox"/> ulotki | <input type="checkbox"/> PUP |
| <input type="checkbox"/> prasa | <input type="checkbox"/> spotkanie informacyjne | <input type="checkbox"/> radio |
| <input type="checkbox"/> Urząd Gminy | <input type="checkbox"/> przekaz słowny (od znajomych, rodziny) | <input type="checkbox"/> strona internetowa |
| <input type="checkbox"/> inne | | |

**należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

Informacje uzupełniające wynikające z „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020

Beneficjent informuje, iż Kandydat może odmówić podania danych wrażliwych, tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) jednakże ze względu na treść Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 wydanych przez Ministra Infrastruktury i Rozwoju w dniu 22.04.2015 znak MliR/H 2014-2020/13(01)/04/2015 informujemy iż: w sytuacji gdy uczestnik będący osobą fizyczną lub jego opiekun prawny nie udzieli informacji na temat danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami; migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości; osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej) istnieje możliwość wprowadzenia niekompletnych w ww. zakresie danych uczestnika pod warunkiem udokumentowania przez beneficjenta, iż działania w celu zebrania przedmiotowych danych zostały podjęte. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji opisanej w punkcie 5 (3.3.3 Zasady dotyczące pomiaru wskaźników w projekcie) Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020. Niemniej, IZ musi być w stanie zapewnić wystarczające dowody, że dana osoba spełnia kryteria kwalifikowalności określone dla projektu. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

Szczególna sytuacja kandydata (proszę zaznaczyć x w każdym właściwym miejscu)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osoba z niepełnosprawnościami
	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym 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"/>	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI <input type="checkbox"/>	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)[1]

[1] Osoby z wykształceniem na poziomie podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich.

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

PROJEKT:

„Niepełnosprawni na start”

OŚWIADCZENIE OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Deklaruję udział w projekcie „Niepełnosprawni na start”.
2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie.
3. Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w Regulaminie Uczestnictwa i zgodnie z wymogami jestem uprawniony do uczestnictwa w nim. Jednocześnie akceptuję warunki Regulaminu.
4. Zostałem poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.
5. Mam świadomość, że szkolenie może odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby rekrutacji uczestników do projektu pt. „Niepełnosprawni na start” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy Działanie 7.1 Poprawa sytuacji osób bezrobotnych na rynku pracy zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2002 r. nr 101, poz. 926 ze zm. Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:
 - a) administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca RPO WP 2014-2020 - Zarząd Województwa Podkarpackiego.;
 - b) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i obsługi Projektu;
 - c) moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 ;
 - d) podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
 - e) mam prawo dostępu do treści swoich danych i do ich poprawiania.
7. Jestem świadomy/a, iż złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

8. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.
9. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w ramach realizacji Projektu.
10. Zobowiązuję się po zakończeniu udziału w projekcie do przekazania informacji o mojej sytuacji zawodowej (podjęciu zatrudnienia). W przypadku umowy o pracę zobowiązuję się przedstawić umowę o pracę/zlecenie/dzielo, wypis z CiDG.

Dane te wprowadzane są do systemu SL2014, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

PROJEKT:

„Niepełnosprawni na start”

OŚWIADCZENIE O KWALIFIKOWANIU SIĘ DO PROJEKTU

Upředzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że:

Ja niżej podpisany/podpisana, oświadczam, że kwalifikuję się do grupy Beneficjentów Ostatecznych projektu realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa VII Regionalny rynek pracy Działanie 7.1 Poprawa osób bezrobotnych na rynku pracy, tj. spełniam łącznie następujące wymogi:

- Jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu polskiego systemu orzecznictwa o niepełnosprawności;
- Jestem w wieku powyżej 29 (ukończony 30 r.ż.);
- Jestem osobą posiadającą status:
 - osoby bezrobotnej zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy;
 - osoby poszukującej pracy zarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy;
 - osoby biernej zawodowo *(*zakreślić „x” odpowiednie),*
- Nie pozostaję w zatrudnieniu;
- Mieszkam na terenie województwa podkarpackiego;
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym, mającym określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie;
- Nie biorę udziału w innych Projektach finansowanych ze środków Unii Europejskiej o takich samych formach wsparcia;
- Jestem zdolny/a do pracy;
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które odbędą się w trakcie trwania Projektu.

.....

Data i podpis

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

PROJEKT:

„Niepełnosprawni na start”

OŚWIADCZENIE O WYKSZTAŁCENIU

.....

miejsowość, data

.....

Imię i Nazwisko

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż posiadam wykształcenie*:

- podstawowe
- gimnazjalne
- ponadgimnazjalne (ukończone liceum ogólnokształcące, technikum, zasadnicza szkoła zawodowa)
- pomaturalne
- wyższe

.....

Podpis

**należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

PROJEKT:

„Niepełnosprawni na start”

OŚWIADCZENIE O ZATRUDNIENIU

.....

miejsowość, data

.....

Imię i Nazwisko

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż*:

- pozostaje w zatrudnieniu.
- nie pozostaje w zatrudnieniu.

**należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

.....

Podpis

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>

PROJEKT:

„Niepełnosprawni na start”

OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA

.....
miejsowość, data

.....
Imię i Nazwisko

- 1.) Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż zamieszkuję teren województwa podkarpackiego.
2.) Ja niżej podpisana oświadczam, iż zamieszkuję : teren miejski teren wiejski
województwa podkarpackiego w powiecie

.....
Podpis

PROJEKT:

„Niepełnosprawni na start”

OŚWIADCZENIE O DOCHODACH na członka rodziny

.....
miejsowość, data

.....
Imię i Nazwisko

Ja niżej podpisana/y oświadczam, iż*:
mój dochód na członka rodziny jest:

- wyższy niż 800 zł netto,
 niższy niż 800 zł netto.

**należy postawić znak „x” w odpowiednim kwadracie*

.....
Podpis

Realizator projektu:



Biuro projektu:

AMD Group
ul. Piłsudskiego 34, 35-001 Rzeszów (C.H. EUROPA II - 4 piętro),
tel. 17 741 10 14 lub 882 063 033, e-mail: biuro@amd-group.pl
<http://www.amd-group.pl>