**Formularz zgłoszenia uczestnictwa**

**do projektu „Klub dziecięcy szansą na lepszą przyszłość rodzica i dziecka”**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego

na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 8 Aktywni na rynku pracy

Działanie 8.04 Godzenie życia zawodowego i rodzinnego

Poddziałanie 8.04.03 Rozwój usług opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 w ramach ZIT

**UWAGI:**

1. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz wydrukować i podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
2. Należy uzupełnić wszystkie rubryki; jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację   
   „Nie dotyczy”.
3. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
4. W przypadku skorygowania jakichkolwiek odpowiedzi, należy przekreślić błędne wskazanie i postawić parafę.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „X”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **DANE PERSONALNE** | | | | |
| 1. | Imię | |  | | |
| 2. | Nazwisko | |  | | |
| 3. | Data urodzenia | |  | | |
| 4. | Płeć | | Kobieta | Mężczyzna | |
| 5. | PESEL | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | brak |
| 6. | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |  | | |
| 7. | **Adres zamieszkania** | | | | |
| a | Miejscowość |  | | |
| b | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| c | Nr budynku |  | | |
| d | Nr lokalu |  | | |
| e | Kod pocztowy[[1]](#footnote-1) |  | | |
| f | Województwo |  | | |
| g | Powiat |  | | |
| h | Gmina |  | | |
| 8. | **Adres korespondencyjny**  (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)  DOTYCZY  NIE DOTYCZY | | | | |
| a | Miejscowość |  | | |
| b | Ulica, nr budynku / lokalu |  | | |
| c | Kod pocztowy |  | | |
| d | Województwo |  | | |
| e | Powiat |  | | |
| f | Gmina |  | | |
| 9. | Telefon kontaktowy | |  | | |
| 10. | Adres e–mail: | |  | | |
| 11. | Poziom wykształcenia  (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe) | | Niższe niż podstawowe (ISCED 0)  Podstawowe (ISCED 1)  Gimnazjalne (ISCED 2)  Ponadgimnazjalne (ISCED 3)  Policealne (ISCED 4)  Wyższe (ISCED 5-8) | | |

**II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE DO UDZIAŁ W PROJEKCIE:** | | | |
| 1. | Spełnianie warunków udziału w projekcie  (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej) |  | 1. Jestem osobą fizyczną zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracującą lub uczącą się na obszarze Gminy Obrowo |
|  | 1. Jestem osobą fizyczną w wieku aktywności zawodowej wyłączoną z rynku pracy w związku ze sprawowaniem opieki nad dziećmi do lat 3/powracającą na rynek pracy po urlopie macierzyńskim/rodzicielskim/wychowawczym. |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | | |
| 2. | Spełnianie kryteriów preferencyjnych  (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach) |  | Jestem Matką/Ojcem/Opiekunem prawnym samotnie wychowującą/cym dziecko  Jestem osobą korzystającą z ośrodka pomocy społecznej, co potwierdza dołączone zaświadczenie z GOPS |
| **KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA:** | | | |
| 3. | Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  (proszę zaznaczyć „X” w każdym właściwym miejscu) |  | **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:**  osoba długotrwale bezrobotna  inne |
|  | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:**  osoba długotrwale bezrobotna  inne |
|  | **Osoba bierna zawodowo**[[2]](#footnote-2)**, w tym:**  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  osoba ucząca się  inne |
|  | **Osoba pracująca, w tym:**  osoba pracująca w administracji rządowej  osoba pracująca w administracji samorządowej  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  osoba pracująca w MMŚP (MIKRO, MAŁE, ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO)  osoba pracująca w organizacji pozarządowej  osoba prowadząca działalność na własny rachunek  inne |
|  | **Wykonywany zawód,**  **w tym:**  nauczyciel kształcenia zawodowego  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  rolnik  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  instruktor praktycznej nauki zawodu  inny |
|  | **Zatrudniona w** (nazwa instytucji/firmy): ………………………………………………..…………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….….  nie dotyczy (w przypadku rolnika) |

**III. SZCZEGÓLNA SYTUACJA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  **TAK**  **NIE**  **Odmowa podania informacji** |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania**  **TAK**  **NIE** |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  **TAK**  **NIE**  **Odmowa podania informacji**  *Jeśli TAK - czy zgłasza Pan / Pani specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?..........................................................................................................................*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** (innej niż wymienione powyżej m.in.: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 będące poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby z obszarów wiejskich):  **TAK**  **NIE**  **Odmowa podania informacji** |

**Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.**

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………………………… | ………………………………….…………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU[[3]](#footnote-3)\** |

1. Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod który podlega dana miejscowość. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Osoby bierne zawodowo – osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo)* [↑](#footnote-ref-2)
3. *\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.* [↑](#footnote-ref-3)