



Data wpływu do Organizatora Dodatkowe punkty.....

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Formularz zgłoszeniowy należy wypełnić czytelnie, drukowanymi literami we wszystkich białych polach, a w miejscach z kwadracikami należy zaznaczyć odpowiednie pole symbolem „X”.

Tytuł projektu	Nowy potencjał CIS STOPIL
Numer projektu	FEMP.06.16-IP.02-0041/24

DANE OSOBOWE KANDYDATA												
1	Nazwisko											
2	Imię (imiona)											
3	PESEL											
4	Płeć	☐ Kobieta					☐ Mężczyzna					
5	Data urodzenia											
6	Miejsce urodzenia											
7	Wykształcenie	☐ Niższe niż podstawowe ☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Ponadgimnazjalne (średnie, techniczne, zawodowe) ☐ Policealne ☐ Wyższe										

DANE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA

8	Ulica	
9	Numer domu	
10	Numer lokalu	
11	Miejscowość	
12	Kod pocztowy	
13	Województwo	
14	Powiat	
15	Gmina	
16	Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż powyżej)	
17	Telefon	
18	Adres e-mail	

KRYTERIA OBLIGATORYJNE

(należy zaznaczyć X we właściwym polu):

Oświadczam, jestem osobą, która

- a) zamieszkuje ☐ Miasto Nowy Sącz
☐ Gminę Chelmec
☐ Gminę Kamionka Wielka

(dołączyć zaświadczenie dot. zamieszkania np. z OPS/PCPR) - załącznik nr 1 do formularza

- b) uczy się w ☐ Mieście Nowy Sącz
☐ Gminie Chelmec
☐ Gminie Kamionka Wielka

(dołączyć zaświadczenie z placówki oświatowej)

Oświadczam, że jestem uczestnikiem Centrum Integracji Społecznej*:

☐ TAK

☐ NIE

***Należy dołączyć zaświadczenie z Centrum Integracji Społecznej/kserokopię Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego – potwierdzające uczestnictwo w CIS.**

Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym, zgodnie z ustawą z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj.:

☐ bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub schroniska dla osób bezdomnych potwierdzające realizację indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności);

☐ uzależnioną od alkoholu (należy dołączyć zaświadczenie o odbyciu leczenia w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia stacjonarne i całodobowe oraz ambulatoryjne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej (tj. zakładach prowadzących leczenie odwykowe osób uzależnionych od alkoholu) lub odbywaniu terapii dziennej w ośrodku profilaktyki i terapii uzależnień);

☐ uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających (należy dołączyć zaświadczenie o odbyciu leczenia w ośrodku leczenia uzależnień od narkotyków lub innych środków odurzających lub odbywaniu terapii dziennej w ośrodku profilaktyki i terapii uzależnień);

☐ osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego (należy dołączyć zaświadczenie od lekarza, bądź z placówki pomocy instytucjonalnej dla tych osób – potwierdzające, że stan zdrowia wskazuje na następujące zaburzenia kandydata, tj. osoby chorej psychicznie/wykazującej zaburzenia psychotyczne/upośledzonej umysłowo/ wykazującej inne zakłócenia czynności psychicznych);

☐ osobą długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (należy dołączyć zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające status osoby długotrwale bezrobotnej zgodnie z Ustawą z dnia 20.04.2004 roku o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy).

Osoba długotrwale bezrobotna to taka, która jest zarejestrowana w urzędzie pracy ponad 12 miesięcy w ciągu 2 lat. Wskazany okres może mieć przerwy;

☐ osobą zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (należy dołączyć zaświadczenie o zakończeniu odbywania kary w zakładzie karnym);

☐ uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej (należy dołączyć zaświadczenie z powiatowego centrum pomocy rodzinie potwierdzające realizację indywidualnego programu integracji);

☐ osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności. tj. w stopniu lekkim/umiarkowanym/znaczącym wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych).

Oświadczam, że jestem osobą nieuczestniczącą jednocześnie w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+

☐ TAK

☐ NIE

Należy dołączyć Załącznik nr 2 do formularza.

KRYTERIA PREMIUJĄCE

(należy zaznaczyć X we właściwym polu):

Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących do wsparcia w projekcie podczas etapu I, lub spełniającą więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12

☐ tak (+1 pkt)

☐ nie

marca 2004. o pomocy społecznej - (należy dołączyć zaświadczenie z odpowiedniej instytucji potwierdzające wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących do wsparcia w projekcie podczas etapu I lub zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach);	
Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym lub lekkim stopniu niepełnosprawności (należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności tj. w stopniu lekkim/ umiarkowanym/ znaczącym wydane przez zespół do spraw orzekania o niepełnosprawności lub orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych)	☐ tak (+2 pkt) ☐ nie
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z chorobami psychicznymi/osobą z niepełnosprawnością intelektualną/osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) (należy dołączyć zaświadczenie potwierdzające niepełnosprawność sprzężoną kandydata/ chorobę psychiczną/ niepełnosprawność intelektualną/ całościowe zaburzenia rozwojowe w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	☐ tak (+2 pkt) ☐ nie
Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ (należy dołączyć dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność zawierający informację o korzystaniu z programu FE PŻ)	☐ tak (+1 pkt) ☐ nie
Oświadczam, że jestem osobą opuszczającą placówki opieki instytucjonalnej (należy dołączyć zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce)	☐ tak (+1 pkt) ☐ nie



Oświadczam, że jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie (zamieszkuję na terenie gminy Chełmiec)	☐ tak (+1 pkt) ☐ nie
Oświadczam, że jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy (12 miesięcy liczone jest od dnia zwolnienia/ opuszczenia jednostki penitencjarnej do dnia przystąpienia do projektu) – należy dołączyć zaświadczenia z jednostki penitencjarnej potwierdzające pobyt	☐ tak (+1 pkt) ☐ nie
Ogółem liczba punktów (wypełnia Beneficjent)	

DANE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA	
Oświadczam, że jestem osobą pochodzącą z krajów trzecich	☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania danych
Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania danych
Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowych lub etnicznych	☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania danych
Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania danych
Osoba z niepełnosprawnością (posiadająca stwierdzony stopień niepełnosprawności)	☐ tak ☐ nie ☐ odmawiam podania danych



ANKIETA POTRZEB DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI		
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	Nie zgłaszam specjalnych potrzeb lub nie dotyczy
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		☐
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/ szkoleniowych:		☐
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:		☐
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		☐
Dostosowanie czasu/zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:		☐
Wydłużony/adekwatny czas wsparcia:		☐
Umożliwienie powrotu do przekazywania treści		☐

**ANKIETA POTRZEB DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

Umożliwienie dostosowania godz. zajęć do potrzeb UP:		☐
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością		☐
Inne:		☐

Pouczony i świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do Projektu „Nowy potencjał CIS STOPIL” nr FEMP.06.16-IP.02-0041/24 oraz spełniam kryteria uczestnictwa;
2. zgłaszam dobrowolną chęć udziału w projekcie „Nowy potencjał CIS STOPIL” nr FEMP.06.16-IP.02-0041/24;
3. zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021- 2027, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.16 Działanie 6.16 Aktywizacja społeczno-zawodowa, typ projektu B: Aktywizacja społeczna i zawodowa osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz osób biernych zawodowo w podmiotach reintegracyjnych – projekty konkursowe;
4. zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans oraz przeciwdziałania dyskryminacji;

5. zostałem/am poinformowany/a, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski na lata 2021-2027;
6. zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie;
7. deklaruje uczestnictwo w projekcie, równocześnie zobowiązuje się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuje o tym fakcie Beneficjenta;
8. podane przeze mnie dane oraz informacje są zgodne z prawdą, jednocześnie zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o zmianie danych.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata