



Załącznik nr 1

ANKIETA REKRUTACYJNA

dla uczestników projektu „Krok do aktywności” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wieliczce w roku 2017.

9 Oś Priorytetowa *Region Spójny Społecznie*,
Działanie 9.1 *Aktywna integracja*

Poddziałanie 9.1.1 *Aktywna integracja- projekty realizowane przez PCPR* w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA ANKIETY

4) Proszę wypełnić wszystkie pola czytelnie

5) Pola wyboru zaznaczyć „X”

6) Proszę złożyć czytelny podpis

I Dane osobowe	
1	Imię
2	Nazwisko
4	Data urodzenia dzień/miesiąc/rok
6	Obszar zamieszkania <input type="checkbox"/> - miasto <input type="checkbox"/> - wieś
II Wykształcenie	
<input type="checkbox"/> - niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/> - policealne
<input type="checkbox"/> - podstawowe	<input type="checkbox"/> - wyższe
<input type="checkbox"/> - gimnazjalne	
<input type="checkbox"/> - ponadgimnazjalne	
III Status na rynku pracy	
1. Czy jest Pan/Pani zarejestrowana jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy?	
<input type="checkbox"/> Tak (od miesięcy)	
<input type="checkbox"/> Nie	
2. Czy jest Pan/Pani osobą bierną zawodowo- nieaktywną zawodowo ? *	
<input type="checkbox"/> Tak	
<input type="checkbox"/> Nie	



3. Czy jest Pan/Pani osobą uczącą się lub kształcąca ?

- Tak
 Nie

4. Czy jest Pan/Pani osobą zatrudnioną?

- Tak
 Nie

IV Informacje dodatkowe

1. Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą aktualne orzeczenie zaliczające do lekkiego, umiarkowanego lub znacznego stopnia niepełnosprawności, albo posiadającą orzeczenie ZUS o częściowej, całkowitej niezdolności do pracy lub o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji?

- Tak
 Nie

2. Czy jest Pan/Pani osobą pozostającą w leczeniu z powodu występujących zaburzeń psychicznych a nie posiadającą z tego tytułu orzeczenia o niepełnosprawności a posiadającą zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj schorzenia, wydane przez lekarza specjalistę?

- Tak
 Nie

2. Czy korzysta Pan/Pani z pomocy społecznej? (dotyczy każdej formy wsparcia – świadczeń zarówno pieniężnych jak i niepieniężnych z OPS, PCPR)

- Tak
 Nie

3. Jeżeli tak, to z jakiej formy pomocy:

.....
.....

4. Czy korzysta Pan/i z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa ?

- Tak
 Nie

5. Czy jest Pan/i wychowankiem/ą pieczy zastępczej ?

- Tak
 Nie



6. Czy jest Pan/i osobą usamodzielnianą po opuszczeniu pieczy zastępczej ?

- Tak
 Nie

Wyjaśnienia:

* **Osoba bierna zawodowo – nieaktywna zawodowo** : Osoba niepracująca i nieposzukująca pracy w tym osoba która uzyskała uprawnienia rentowe i nie zamierza powrócić na rynek pracy, osoba niepełnosprawna, młodzież w wieku 15 lat i powyżej która nie rozpoczęła jeszcze kariery zawodowej lub czasowo wycofała się z rynku pracy z powodu kontynuowania edukacji, osoba sprawujące opiekę nad dzieckiem lub rodziną.

JA NIŻEJ PODPISANY/A OŚWIADCZAM, **że :

1. Dane zawarte w Ankiecie rekrutacyjnej są zgodne z prawdą,
2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą,
3. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Krok do aktywności”,
4. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Krok do aktywności”,
5. Należę do grupy osób uprawnionych do skorzystania ze wsparcia zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie,
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135),
6. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Krok do aktywności” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
7. Jestem świadomy/a, że złożenie Ankiety rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

**** W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego.**

Załączniki:

- kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
 w przypadku osób pozostających w leczeniu z powodu występujących zaburzeń psychicznych a nie posiadających z tego tytułu orzeczenia o niepełnosprawności, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj schorzenia, wydane przez lekarza specjalistę.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

.....
CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA PRWNEGO
UCZESTNIKA PROJEKTU (jeśli dotyczy)



Załącznik nr 6

Skrót regulaminu Prawa i obowiązki uczestnika

1. Uczestnik/Uczestniczka projektu zobowiązuje się do:
 - 1) udostępnienia danych osobowych niezbędnych do wypełnienia obowiązków sprawozdawczych;
 - 2) korzystania z wybranych form wsparcia w ramach ścieżki reintegracyjnej;
 - 3) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację ścieżki reintegracyjnej, np. podjęcie pracy;
 - 4) dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie wskaźnika efektywności społeczno-zatrudnieniowej, w tym potwierdzających podjęcie pracy do 3 miesięcy po zakończonym udziale w projekcie;
 - 5) udziału w badaniach ewaluacyjnych i monitorujących prowadzonych przez Realizatora, jak i zleconych przez Instytucję Zarządzającą;
 - 6) poddania się czynnościom kontrolnym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie z wybranych form wsparcia;
 - 7) przestrzegania zasad niniejszego regulaminu;
 - 8) przestrzegania regulaminów innych podmiotów, które realizują formy wsparcia;
 - 9) wypełnienia innych zaleceń w zakresie realizowanych przez nich zadań projektowych.

2. Uczestnik/Uczestniczka projektu ma prawo do:
 - 1) udziału w zaplanowanych formach wsparcia;
 - 2) zgłaszania uwag i wniosków co do realizowanych form wsparcia;
 - 3) korzystania z materiałów szkoleniowych, jeśli zostały przewidziane dla danej formy wsparcia;
 - 4) zakwaterowania w trakcie zajęć warsztatowych/szkoleniowych jeśli będzie przewidziany dla danej formy wsparcia;
 - 5) otrzymania certyfikatów, zaświadczeń, świadectw potwierdzających uczestnictwo, zdany egzamin lub uzyskane kwalifikacje.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

.....
*CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA PRWNEGO
UCZESTNIKA PROJEKTU (jeśli dotyczy)*