FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY / REKRUTACYJNY

Projekt „Aktywni w Łódzkim – edycja 2”
FELD.07.05-IP.01-0111/25

Data wpływu formularza	
Numer formularza / numer kandydata	
Biuro Projektu	Akademia Zdrowia Izabela Łajs, ul. Jana Kilińskiego 21, 90-205 Łódź, tel. 42 255 77 03

I. DANE KANDYDATKI / KANDYDATA

Imię (imiona)	
Nazwisko	
PESEL / inny identyfikator	
Data urodzenia	
Wiek na dzień rozpoczęcia udziału	
Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Obywatelstwo	
Telefon	
Adres e-mail	

II. ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica	
Nr domu / nr lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
Powiat	☐ m. Łódź ☐ zgierski ☐ pabianicki ☐ łódzki wschodni
Obszar zamieszkania	☐ miejski ☐ wiejski

III. KRYTERIA DOSTĘPU DO PROJEKTU

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Mam ukończone 18 lat.	☐ TAK ☐ NIE	Dokument potwierdzający wiek / wgląd do dokumentu.
Pozostaję bez zatrudnienia.	☐ TAK ☐ NIE	Zaświadczenie ZUS i/lub PUP – zgodnie ze statusem.
Zamieszkuję, w rozumieniu Kodeksu cywilnego, na obszarze: m. Łódź, powiat zgierski, pabianicki lub łódzki wschodni.	☐ TAK ☐ NIE	Pierwsza strona PIT / inny dokument wymagany regulaminem.
Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.	☐ TAK ☐ NIE	Adekwatny dokument, np. zaświadczenie MOPS/GOPS/PUP/ZK, orzeczenie, dokument potwierdzający stan zdrowia, dokument sądu/kuratora lub innej właściwej instytucji.

Projekt „Aktywni w Łódzkim – edycja 2” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Nie uczestniczę jednocześnie w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.	☐ TAK ☐ NIE	Oświadczenie kandydatki/kandydata.

Spełnienie wszystkich kryteriów dostępu jest warunkiem udziału w projekcie.

IV. STATUS NA RYNKU PRACY I WYKSZTAŁCENIE

Status na rynku pracy	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP ☐ osoba bierna zawodowo
Długotrwale bezrobotna/y	☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY
Nazwa właściwego PUP (jeśli dotyczy)	
Poziom wykształcenia	☐ podstawowe / niższe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne / ponadpodstawowe ☐ zawodowe / branżowe ☐ policealne ☐ wyższe ☐ brak
Nazwa ukończonej szkoły / kierunek	
Osoba z niskimi kwalifikacjami	☐ TAK ☐ NIE

V. PRZESŁANKI ZAGROŻENIA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej albo kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba, o której mowa w przepisach o zatrudnieniu socjalnym.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą / rodzina przeżywająca trudności opiekuńczo-wychowawcze.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba przebywająca lub opuszczająca młodzieżowy ośrodek wychowawczy, młodzieżowy ośrodek socjoterapii albo inny właściwy ośrodek.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba z niepełnosprawnością.	☐ TAK ☐ NIE	
Członek gospodarstwa domowego sprawujący opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba opuszczająca placówkę opieki instytucjonalnej, w szczególności dom pomocy społecznej.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością.	☐ TAK ☐ NIE	

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Osoba opuszczająca jednostkę penitencjarną / objęta dozorem elektronicznym – jeżeli dotyczy kryterium kwalifikacji.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (FE PŻ).	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba należąca do społeczności marginalizowanej.	☐ TAK ☐ NIE	
Osoba objęta ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę.	☐ TAK ☐ NIE	
Inna osoba/rodzina/środowisko kwalifikujące się jako zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z właściwymi Wytycznymi.	☐ TAK ☐ NIE	

Należy zaznaczyć wszystkie przesłanki, które dotyczą kandydatki/kandydata. Wymagane jest przedstawienie adekwatnego dokumentu potwierdzającego co najmniej jedną przesłankę kwalifikującą do projektu.

VI. PRZESŁANKI Z ART. 7 USTAWY O POMOCY SPOŁECZNEJ – JEŚLI DOTYCZY

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Ubóstwo	☐ TAK ☐ NIE	
Sieroctwo	☐ TAK ☐ NIE	
Bezdomność	☐ TAK ☐ NIE	
Bezrobocie	☐ TAK ☐ NIE	
Niepełnosprawność	☐ TAK ☐ NIE	
Długotrwała lub ciężka choroba	☐ TAK ☐ NIE	
Przemoc domowa	☐ TAK ☐ NIE	
Potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	☐ TAK ☐ NIE	
Potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	☐ TAK ☐ NIE	
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego	☐ TAK ☐ NIE	
Trudności w integracji cudzoziemców	☐ TAK ☐ NIE	
Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	☐ TAK ☐ NIE	
Alkoholizm lub narkomania	☐ TAK ☐ NIE	
Zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa	☐ TAK ☐ NIE	
Klęska żywiołowa lub ekologiczna	☐ TAK ☐ NIE	

VII. KRYTERIA PIERWSZEŃSTWA – 5 PKT ZA KAŻDE SPEŁNIONE KRYTERIUM

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego, tj. spełniam więcej niż jedną przesłankę kwalifikującą do wsparcia w projekcie lub więcej niż jedną przesłankę z art. 7 ustawy o pomocy społecznej.	☐ TAK ☐ NIE	Adekwatne dokumenty

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Posiadam znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności.	☐ TAK ☐ NIE	Orzeczenie / inny dokument potwierdzający stan zdrowia
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, chorobą psychiczną, niepełnosprawnością intelektualną lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi zgodnie z klasyfikacją wskazaną we wniosku.	☐ TAK ☐ NIE	Orzeczenie / inny dokument potwierdzający stan zdrowia
Korzystam z programu FE PŻ.	☐ TAK ☐ NIE	Zaświadczenie
Opuszczam placówkę opieki instytucjonalnej.	☐ TAK ☐ NIE	Zaświadczenie
Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie.	☐ TAK ☐ NIE	Pierwsza strona PIT / dokument zgodny z regulaminem
Opuściłam/em jednostkę penitencjarną w okresie ostatnich 12 miesięcy.	☐ TAK ☐ NIE	Zaświadczenie

VIII. KRYTERIA PREMIUJĄCE

Kryterium / informacja	Odpowiedź	Dokument / uwagi
Kobieta w wieku 55 lat lub więcej.	☐ TAK ☐ NIE	Dokument zawierający PESEL / potwierdzenie wieku – 10 pkt
Osoba z niepełnosprawnością.	☐ TAK ☐ NIE	Orzeczenie / dokument potwierdzający – 10 pkt
Osoba zamieszkująca teren wiejski.	☐ TAK ☐ NIE	Pierwsza strona PIT / dokument zgodny z regulaminem – 5 pkt

IX. NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I SZCZEGÓLNE POTRZEBY

Posiadanie niepełnosprawności	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA ODPOWIEDZI
Stopień niepełnosprawności	☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny ☐ nie dotyczy
Kod / symbol przyczyny niepełnosprawności	
Niepełnosprawność sprzężona	☐ TAK ☐ NIE ☐ nie dotyczy
Szczególne potrzeby związane z niepełnosprawnością	
Potrzeba tłumacza PJM / asystenta	☐ TAK ☐ NIE Jeśli TAK – jaka: _____
Inne usprawnienia / dostosowania	

X. OPIEKA NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ I GODZENIE UDZIAŁU W PROJEKCIE Z ŻYCIEM OSOBISTYM

Sprawuję opiekę nad dzieckiem / osobą zależną	☐ TAK ☐ NIE
Opis sytuacji opiekuńczej / szczególne potrzeby	
Warunki udziału ułatwiające godzenie życia osobistego z udziałem w projekcie	

XI. DANE MONITORINGOWE

Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA ODPOWIEDZI
Obywatel państwa trzeciego / bezpaństwowiec / osoba bez ustalonego obywatelstwa	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA ODPOWIEDZI
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanej	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA ODPOWIEDZI

Projekt „Aktywni w Łódzkim – edycja 2” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem mieszkaniowym	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA ODPOWIEDZI

XII. WYKAZ DOKUMENTÓW DOŁĄCZONYCH DO FORMULARZA

☐ zaświadczenie ZUS potwierdzające pozostawanie bez zatrudnienia

☐ zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy – jeżeli dotyczy

☐ pierwsza strona PIT / dokument potwierdzający miejsce zamieszkania

☐ dokument potwierdzający zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

☐ orzeczenie o niepełnosprawności / dokument potwierdzający stan zdrowia – jeżeli dotyczy

☐ zaświadczenie o korzystaniu z FE PŻ – jeżeli dotyczy

☐ zaświadczenie dotyczące opuszczenia placówki opieki instytucjonalnej – jeżeli dotyczy

☐ zaświadczenie dotyczące opuszczenia jednostki penitencjarnej w ostatnich 12 miesiącach – jeżeli dotyczy

☐ inne: _____

XIII. OŚWIADCZENIA KANDYDATKI / KANDYDATA

1. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje i dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

2. Oświadczam, że należę do grupy docelowej projektu „Aktywni w Łódzkim – edycja 2".

3. Oświadczam, że pozostaję bez zatrudnienia oraz spełniam kryteria dostępu określone dla projektu.

4. Oświadczam, że zamieszkuję, w rozumieniu Kodeksu cywilnego, na terenie m. Łodzi, powiatu zgierskiego, pabianickiego lub łódzkiego wschodniego.

5. Oświadczam, że nie uczestniczę jednocześnie w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+.

6. Zapoznałam/em się z zasadami rekrutacji i udziału w projekcie zawartymi w Regulaminie projektu i akceptuję jego postanowienia.

7. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie i zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

8. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.

9. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta o zmianie danych lub sytuacji mającej wpływ na kwalifikowalność do projektu.

Miejscowość i data: _____ Czytelny podpis: _____

Projekt „Aktywni w Łódzkim – edycja 2" jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027

Biuro Projektu „Aktywni w Łódzkim – edycja 2"
Akademia Zdrowia Izabela Łajs, ul. Jana Kilińskiego 21, 90-205 Łódź
tel. 42 255 77 03; e-mail: aktywniwlodzkim@akademia-zdrowia.pl

XIV. INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. (RODO) informuje się, że administratorami danych osobowych są w szczególności Zarząd Województwa Łódzkiego z siedzibą w Łodzi, al. Piłsudskiego 8 oraz Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi z siedzibą w Łodzi, ul. Wólczańska 49.

Z Inspektorami Ochrony Danych można kontaktować się odpowiednio pod adresami: iod@lodzkie.pl oraz ochronadanych@wup.lodz.pl lub na adresy siedzib administratorów.

Dane osobowe są przetwarzane w celu realizacji i rozliczenia projektu, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu, sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych oraz archiwizacji w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027.

Podstawę przetwarzania stanowią w szczególności art. 6 ust. 1 lit. c i e RODO, a w przypadku danych szczególnych kategorii – właściwe przesłanki art. 9 ust. 2 RODO, w związku z przepisami regulującymi wdrażanie funduszy europejskich na lata 2021–2027 oraz przepisami archiwalnymi.

Przetwarzane mogą być m.in.: imię, nazwisko, obywatelstwo, PESEL/inny identyfikator, płeć, wiek, wykształcenie, adres, numer telefonu, e-mail, status na rynku pracy, dane dotyczące udziału i zakończenia wsparcia, sytuacji po zakończeniu udziału oraz – jeśli jest to niezbędne – dane dotyczące niepełnosprawności i zdrowia oraz inne dane monitoringowe wymagane w Programie.

Dane mogą pochodzić bezpośrednio od osoby, której dotyczą, albo od instytucji i podmiotów zaangażowanych w realizację Programu, w tym Beneficjenta.

Odbiorcami danych mogą być podmioty uprawnione do zarządzania, wdrażania, kontroli, audytu i ewaluacji Programu, minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, podmioty uczestniczące na zlecenie Beneficjenta w realizacji projektu, dostawcy systemów teleinformatycznych, operatorzy pocztowi i firmy kurierskie – w zakresie niezbędnym do realizacji zadań.

Dane będą przechowywane przez okres wynikający z przepisów i zasad realizacji programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021–2027, w tym co do zasady przez 5 lat od dnia 31 grudnia roku, w którym Instytucja Pośrednicząca dokonała ostatniej płatności na rzecz Beneficjenta, z zastrzeżeniem przypadków wydłużenia tego okresu.

Osobie, której dane dotyczą, przysługują – na zasadach określonych w RODO – prawa dostępu do danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania, usunięcia w przypadkach przewidzianych prawem, wniesienia sprzeciwu oraz wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

☐ **Potwierdzam zapoznanie się z powyższą informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych.**

Miejscowość i data: _____ Czytelny podpis: _____