


 Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa  
 w projekcie „Możemy więcej”

<b>Kod rekrutacyjny</b>	
<b>Data i godzina wpływu KZ</b>	
<b>Podpis osoby przyjmującej KZ</b>	

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY**
**I. DANE PROJEKTU**

Tytuł projektu	<b>Możemy więcej</b>
Oś priorytetowa	<b>9 Oś priorytetowa Region spójny społecznie</b>
Działanie	<b>Działanie 9.1 Aktywna integracja</b>
Poddziałanie	<b>Poddziałanie 9.1.1 Aktywna integracja – projekty konkursowe wyłącznie dla OPS/PCPR</b>
Nr projektu	<b>RPMP.09.01.01-12-0038/18</b>

**II. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**

DANE OSOBOWE	Nazwisko			
	Imię (imiona)			
	PESEL			
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe		
ADRES ZAMIESZKANIA/ DANE KONTAKTOWE	Miejscowość			
	Ulica			
	Nr domu		Nr lokalu	
	Kod pocztowy		Poczta	
	Gmina		Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
	Powiat	Nowosądecki	Województwo	małopolskie
	Telefon kontaktowy			<input type="checkbox"/> Nie posiadam
	Adres e-mail			<input type="checkbox"/> Nie posiadam
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
	W przypadku osoby bezrobotnej zarejestrowanej w ewidencji urzędów pracy:	Osoba zakwalifikowana do: <input type="checkbox"/> I profilu pomocy <input type="checkbox"/> II profilu pomocy <input type="checkbox"/> III profilu pomocy <input type="checkbox"/> brak profilu		
	W przypadku osoby bezrobotnej zarejestrowanej w ewidencji urzędów pracy:	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne .....		
	Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
	W przypadku osób biernych zawodowo:	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne		



Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli tak: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne .....
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### III. KRYTERIA GŁÓWNE - FORMALNE

Miejsce zamieszkania na terenie Miasta Grybów	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba niepozostająca uczestnikiem innego projektu o tym samym zakresie tematycznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

### IV. KRYTERIA PREMIUJĄCE

Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego	waga 20 punktów – weryfikuje OPS
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną lub osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	waga 20 punktów – weryfikacja na podstawie kopii orzeczenia o niepełnosprawności / kopii zaświadczenia lekarskiego
Osoba korzystająca z PO PŻ 2014-2020 <sup>1</sup>	waga 20 punktów – weryfikuje OPS
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych	waga 20 punktów – weryfikacja miejsca zamieszkania

### V. KRYTERIA DODATKOWE

Osoba w wieku 26-45 lat, w tym osoba niepełnosprawna	waga 3 punkty – weryfikacja na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu i na podstawie orzeczenia o niepełnosprawności / zaświadczenia lekarskiego
Osoba długotrwale bezrobotna – powyżej 24 m-cy	waga 3 punkty – weryfikacja na podstawie zaświadczenia z PUP
Kobieta	waga 4 punkty – weryfikacja na podstawie danych zawartych w kwestionariuszu

### VI. WYBÓR FORMY WSPARCIA:

Opracowanie i wdrożenie Indywidualnego Planu Działania wraz z korzystaniem z usług aktywnej integracji

### VII. OŚWIADCZENIA

- Wyrażam zgodę na udział w projekcie **Możemy więcej**, którego Realizatorem jest Ośrodek Pomocy Społecznej w Grybowie, ul. Ogrodowa 4, 33-330 Grybów, a Beneficjentem jest Miasto Grybów, ul. Rynek 12, 33-330 Grybów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, 9 Oś Priorytetowa Region spójny społecznie, Działanie 9.1 Aktywna integracja, Poddziałanie 9.1.1 Aktywna integracja – projekty konkursowe wyłącznie dla OPS/PCPR.
- Oświadczam, że zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w zaplanowanych dla mnie formach wsparcia. Zobowiązuję się do dostarczenia pisemnego usprawiedliwienia każdej nieobecności.
- Zgodnie z przepisami Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych<sup>2</sup> wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych do celów rekrutacji i uczestnictwa w projekcie **Możemy więcej**.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i zobowiązuje się do jego przestrzegania, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu **Możemy więcej**.

<sup>1</sup> Zakres wsparcia dla tych osób nie będzie powielał działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ

<sup>2</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.

\*niepotrzebne skreślić



5. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu zgłoszeniowym są prawdziwe oraz, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych, wraz z prawem do żądania ich zmian i uzupełnienia.
6. **Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku przez Miasto Grybów - Ośrodek Pomocy Społecznej w Grybowie.** Wyrażenie zgody jest jednoznaczne w szczególności z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonywane podczas zajęć czy innych form wsparcia w ramach projektu mogą zostać umieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Miasta Grybów i Ośrodka Pomocy Społecznej w Grybowie, z tytułu wykorzystania mojego wizerunku/ głosu/ wypowiedzi na potrzeby określne w oświadczeniu.
7. **Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku zakwalifikowania mnie do Projektu jestem zobowiązany niezwłocznie, najpóźniej w okresie do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie do dostarczania Realizatorowi:**
- dokumentów potwierdzających uzyskanie kwalifikacji (oświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą wraz z zaświadczeniem/certyfikatem/dyplomem),
  - dokumentów potwierdzających fakt poszukiwania pracy po opuszczeniu programu (zaświadczenie z PUP, zaświadczenie o odbyciu rozmowy kwalifikacyjnej, oświadczenie z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą)
  - dokumentów potwierdzających fakt bycia osobą pracującą po opuszczeniu programu (oświadczenie z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, zaświadczenie potwierdzające prowadzenie działalności gospodarczej lub opłacania składek na ubezpieczenie społeczne)
8. **Zostałam/em poinformowana/y, że w przypadku zakwalifikowania mnie do Projektu jestem zobowiązany niezwłocznie, najpóźniej w okresie do 3 miesięcy od zakończenia udziału w projekcie do dostarczenia Realizatorowi:**
- dokumentów potwierdzających dokonanie postępu w procesie aktywizacji społeczno-zatrudnieniowej i zmniejszenia dystansu do zatrudnienia lub podjęcia dalszej aktywizacji (dokument potwierdzający status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, zaświadczenie o podjęciu nauki/kursu/szkolenia/wolontariatu/rejestracji w PUP; zaświadczenie od lekarza/terapeuty/psychologa),
  - dokumentów potwierdzających fakt podjęcia zatrudnienia (dokument potwierdzający status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, kopia umowy o pracę, zaświadczenie od pracodawcy),
  - dokumentów potwierdzających dokonanie postępu w procesie aktywizacji społeczno-zatrudnieniowej i zmniejszenia dystansu do zatrudnienia lub podjęcia dalszej aktywizacji (orzeczenie o niepełnosprawności/zaświadczenie od lekarza psychiatry, zaświadczenie o podjęciu nauki/kursu/szkolenia/wolontariatu/rejestracji w PUP; zaświadczenie od lekarza/terapeuty/psychologa) - dot. osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi,
  - dokumentów potwierdzających fakt podjęcia zatrudnienia (orzeczenie o niepełnosprawności/zaświadczenie od lekarza psychiatry, kopia umowy o pracę, zaświadczenie od pracodawcy) - dot. osób o znacznym stopniu niepełnosprawności, osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.

Grybów, dnia .....

.....  
/podpis kandydata/ki/

#### WYPEŁNIA OPS

Oświadczam, że Kandydat/ka jest:

Osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą korzystającą z PO PŻ 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Grybów, dnia .....

.....  
/podpis Kierownika OPS/