



Data wpływu Formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel Projektu)					
Data		Godzina		Numer	PMD/ _____
Punktacja zgodna z Formularzem rekrutacyjnym – CZĘŚĆ A					

**FORMULARZ REKRUTACYJNY – CZĘŚĆ B**  
Projekt: „**poMOCNA dłoń**”

Współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr RPPK.08.03.00-18-0018/21 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020  
OŚ PRIORYTETOWA VIII INTEGRACJA SPOŁECZNA  
DZIAŁANIE 8.3. ZWIĘKSZENIE DOSTĘPU DO USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

CZĘŚĆ B* Tylko jeśli Kandydat zaznaczył TAK w pkt. 8 CZĘŚCI A										
1. Dane personalne Opiekuna/ki										
Imię										
Nazwisko										
Telefon										
Adres e-mail										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				wiek					
Obywatelstwo										
• Osoba do kontaktu										
Imię i nazwisko					Telefon kontaktowy					

2. Adres zamieszkania Opiekuna/ki			
Województwo			
Powiat			Gmina
Miejscowość			Kod pocztowy
Ulica			
Nr budynku			Nr lokalu
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski		



3. Wykształcenie Opiekuna/ki:	
Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) ISCED
	<input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) ISCED 1
	<input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.) ISCED 2
	<input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3
	<input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4
	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. osoby, które uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) ISCED 5-8

4. Status na rynku pracy Opiekuna/ki w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w mikro, małym lub śred. przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
W przypadku <u>osoby pracującej</u> , należy wybrać wykonywany zawód (jedna odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny
W przypadku <u>osoby pracującej</u> , należy wpisać – zatrudniony w:	
Proszę wpisać nazwę instytucji/ przedsiębiorstwa w którym jest Pan/i zatrudniony/a: .....	



5. Szczególna sytuacja Opiekuna/ki	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym w którym <u>żadna</u> z przebywających w nim osób <u>nie pracuje</u>	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <b>w tym:</b> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej), tj. osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....  
Data złożenia formularza rekrutacyjnego

.....  
Czytelny podpis Opiekuna/ki



**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań OŚWIADCZAM, że:**

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „**poMOCNA dłoń**” i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa.
2. zostałem/-am poinformowany, że Projekt pt. „**poMOCNA dłoń**” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w
3. ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014-2020.
4. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe.
5. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego do Fundacji Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu,
6. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „**poMOCNA dłoń**” realizowanego w ramach RPO WP 2014-2020 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....  
*Data złożenia formularza rekrutacyjnego*

.....  
*Czytelny podpis Opiekuna/ki*