

Zawiercie, dnia

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Wzmacnianie potencjału społeczno-zawodowego ” na lata 2020-2021 II etap
Współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

I. INFORMACJE O PROPONOWANYM UCZESTNIKU PROJEKTU

Imię	
Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Data urodzenia	
Pesel	
Wiek	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 <input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3 <input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 <input type="checkbox"/> Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów) ISCED 5
Status osoby na rynku pracy	<input type="checkbox"/> bezrobotną (nie pracującą, zarejestrowaną w urzędzie pracy) <input type="checkbox"/> bierną zawodową - nie pracująca,

	<p>- nie zarejestrowana w Urzędzie Pracy</p> <p><input type="checkbox"/> nieaktywna zawodowo (ze względu na st. niepełnosprawności, niezdolność do pracy)</p> <p><input type="checkbox"/> wiek poprodukcyjny (pow 60 r.ż.)</p>
Mam problemy z podjęciem zatrudnienia	<p><input type="checkbox"/> brak doświadczenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> niewystarczające kwalifikacje zawodowe, nieodpowiednie wykształcenie</p> <p><input type="checkbox"/> brak/niewystarczające umiejętności obsługi komputera</p> <p><input type="checkbox"/> brak/niewystarczająca znajomość języków obcych</p> <p><input type="checkbox"/> brak ofert pracy na lokalnym rynku</p> <p><input type="checkbox"/> niewystarczające umiejętności związane z poszukiwaniem pracy</p> <p><input type="checkbox"/> brak czasu na poszukiwanie pracy,</p> <p><input type="checkbox"/> stan zdrowia,</p> <p><input type="checkbox"/> opieka nad dzieckiem/osobą zależną</p>
Chcę uczestniczyć w zajęciach zwiększających szanse na znalezienie pracy	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art.7 ustawy z dnia 12 marca 2004r o pomocy społecznej	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Osoba z niepełnosprawnością	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Stopień niepełnosprawności	<p><input type="checkbox"/> lekki</p> <p><input type="checkbox"/> umiarkowany</p> <p><input type="checkbox"/> znaczny</p>
Rodzaj niepełnosprawności	<p><input type="checkbox"/> niepełnosprawność sprzężona (osoba u której stwierdzono wystąpienie dwóch lub więcej niepełnosprawności)</p> <p><input type="checkbox"/> osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz całościowymi zaburzeniami rozwojowymi</p>
Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującą opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawną	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

II. WSPARCIE I DZIAŁANIA, KTÓRYMI MOŻNA OBJĄĆ OSOBĘ/RODZINĘ:

<p align="center"><u>Wsparcie środowiskowe w ramach programów aktywności lokalnej realizowanych metodą organizowania społeczności lokalnych</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> grupy samopomocowe <input type="checkbox"/> punkt wsparcia z pomocą psychologiczną i prawną <input type="checkbox"/> punkt wolontariatu <input type="checkbox"/> warsztaty animacyjno – edukacyjne dla liderów Klubu Mieszkańca i Klubów Młodzieży <input type="checkbox"/> trening umiejętności społecznych i mediacji dla klubu dla rodzin 	<p align="center"><u>Uzupełnienie działań środowiskowych – wsparcie kompetencji społeczno - zawodowych</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> trening umiejętności społecznych <input type="checkbox"/> doradztwo/usługi brokera edukacyjnego <input type="checkbox"/> usługa edukacyjna aktualizująca kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> staż zawodowy <input type="checkbox"/> kurs komputerowy
--	--

III. OPINIA PRACOWNIKA SOCJALNEGO LUB DODATKOWE INFORMACJE O RODZINIE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

wyrażam zgodę na udział w projekcie

nie wyrażam zgody na udział w projekcie

.....
podpis potencjalnego uczestnika

.....
podpis potencjalnego uczestnika

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji, zgodnie z [przepisami](#) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) [2016/679](#) z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy [95/46/WE](#) (RODO) oraz ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r., Nr 1000 ze zm.)”

.....
podpis potencjalnego uczestnika

