



## Załącznik 1

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do projektu „Kierunek Integracja – aktywizacja społeczno -  
zawodowa mieszkańców Katowic”

Nr FESL.07.02-IZ.01-0615/23

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól formularza czytelnie, drukowanymi literami

DANE KANDYDATA/KI (proszę zaznaczyć znakiem „x” i /lub uzupełnić)	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Obywatelstwo	
Data i miejsce urodzenia	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej) <input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest kształceniem wyższym) <input type="checkbox"/> <b>Wyższe licencjackie</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich)



	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe magisterskie</b> <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich)</i>
	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe doktoranckie</b> <i>(kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)</i>
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b> <b>według przepisów Kodeksu Cywilnego<sup>1</sup></b> (proszę uzupełnić)	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
<b>DANE KONTAKTOWE</b> (proszę uzupełnić)	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

<b>STATUS KANDYDATA/KI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> (proszę zaznaczyć znakiem „x”)	
Oświadczam, iż jestem osobą <b>bierną zawodowo</b> Osoba bierna zawodowo to osoba, które w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoba będąca na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawana jest za bierną zawodowo,	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



chyba że jest zarejestrowana już jako bezrobotna (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).	
W tym osobą uczącą się	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W tym osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

**PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**

(proszę zaznaczyć znakiem „x”)

Oświadczam, że **jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**, tj. spełniam minimum jedną przesłankę wskazaną poniżej, tj. jestem:

Osobą korzystającą lub członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej<sup>2</sup>

**(należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej (np. aktualna decyzja o przyznanych świadczeniach);**

 Tak  Nie

Osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym<sup>3</sup>

**(należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielonego wsparcia);**

 Tak  Nie

Osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej

**(należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu, lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej);**

 Tak  Nie

Osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 oraz w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz.U. z 2019 r. poz. 1172, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tekst jednolity z Dz.U. z 2018 r., poz. 1878, z późn. zm.) **(należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)**<sup>4</sup>

 Tak  Nie



<p>członkowie gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu <b>(należy dostarczyć zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia);</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu <b>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia;</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej; <b>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce;</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020<sup>6</sup> <b>(należy dostarczyć zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>osoby odbywające karę pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym; <b>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest orzeczenie sądu o zezwoleniu na odbycie kary pozbawienia wolności w systemie dozoru elektronicznego;</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>Osobą korzystającą z FE Pomoc Żywnościowa <b>(należy dołączyć zaświadczenie wystawione przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność)</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę; <b>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest numer PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawianego przez Szefa Urzędu do Spraw Cudzoziemców;</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>
<p>osoby wykluczone komunikacyjnie; <b>Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika jest: oświadczenie uczestnika o miejscu zamieszkania na terenie gminy, w której występują problemy z dostępnością komunikacyjną, zgodnie z tabelami nr 1 i</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>



**2 wskazanymi w dokumencie: „Analiza dostępności komunikacyjnej na terenie województwa śląskiego”,**

<b>STATUS KANDYDATA/KI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU DANE DODATKOWE* (proszę zaznaczyć znakiem „x”)</b>	
<p><b>Osoba z niepełnosprawnościami</b> Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 511 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2017 poz. 882, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie  <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<p>Proszę podać stopień niepełnosprawności:</p>	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<p>Proszę wskazać rodzaj niepełnosprawności:</p>	<input type="checkbox"/> sprzężona <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> intelektualna <input type="checkbox"/> zaburzenia psychiczne <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<p>Czy w związku z posiadaniem niepełnosprawności ma Pani/Pan specjalne potrzeby związane z udziałem w Projekcie?</p>	<input type="checkbox"/> tak-jakie? ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
<p>Czy należy Pani/Pan do mniejszości narodowej<sup>8</sup> lub etnicznej<sup>9</sup>, jest migrantem<sup>10</sup>, osobą obcego pochodzenia<sup>11</sup>?</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<p>Czy jest Pani/Pan osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej<sup>12</sup> (innej niż wymienione powyżej)?</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

\*W tabeli zawarte są informacje dotyczące danych wrażliwych. Kandydat/ka ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*



Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „**Kierunek Integracja – aktywizacja społeczno -zawodowa mieszkańców Katowic**”, w tym z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie i bez zastrzeżeń akceptuję jego treść. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Projektodawcy – Fundacji Pomoc Maltańska-Maltańska Służba Medyczna o zmianach danych zawartych w dokumentacji zgłoszeniowej.

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „**Kierunek Integracja – aktywizacja społeczno -zawodowa mieszkańców Katowic**”

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Zostałem/am poinformowany/a o tym, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018 r. (Dz. U. z 2018 r., poz. 1000) dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia rekrutacji w ramach Projektu „**Kierunek Integracja – aktywizacja społeczno -zawodowa mieszkańców Katowic**”

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Projektodawcę oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej – Śląskiego Urzędu Marszałkowskiego





.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Zobowiązuję się do przekazania Projektodawcy kopii umowy o pracę lub dostarczenia zaświadczenia od pracodawcy potwierdzającego zatrudnienie lub dokumentacji potwierdzającej założenie i prowadzenie działalności gospodarczej, zarówno w przypadku podjęcia w trakcie uczestnictwa w projekcie, jak i do 3 miesięcy (do 90 dni kalendarzowych) od ukończenia udziału w projekcie (minimalny zakres zaświadczenia: rodzaj zawartej umowy, okres zatrudnienia, wymiar czasu pracy, w przypadku umów cywilnoprawnych również kwota wynagrodzenia).

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Zobowiązuję się do przekazania danych niezbędnych do monitoringu efektów projektu, tj. statusu na rynku pracy, informacji dotyczących otrzymanej oferty pracy, możliwości kształcenia ustawicznego, przygotowania zawodowego lub odbycia stażu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

Zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki*

## Słownik pojęć:

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93) „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

<sup>2</sup> **Pomocy społecznej** udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

-ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych

- trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, -trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,

- alkoholizmu lub narkomanii,

- zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

<sup>3</sup> Przepisy ustawy o **zatrudnieniu socjalnym** stosuje się w szczególności do :



- Bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów pomocy społecznej;
- Uzależnionych od alkoholu;
- Uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających;
- Chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
- Długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- Zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- Uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- Osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych;

którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

4. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi, dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.

<sup>5</sup> **Osoba niesamodzielną** to osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

<sup>6</sup> Zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy **wykluczenia mieszkaniowego**: bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitala, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane; niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

<sup>7</sup> **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** – osoba, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności.

<sup>8</sup> Zgodnie z prawem krajowym **mniejszości narodowe** to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska.

<sup>9</sup> Zgodnie z prawem krajowym **mniejszości etniczne** to mniejszość: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.

<sup>10</sup> Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, **obywatele obcego pochodzenia** lub obywatele należący do mniejszości.

<sup>11</sup> **Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy** – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.

<sup>12</sup> **Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** należy uwzględnić osoby, które opuściły jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 miesięcy.