

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Nr i tytuł projektu:	FEMA.08.06-IP.01-01VW/24 pn. Wsparcie rodziny szansą na lepsze jutro
Nr i nazwa priorytetu:	Priorytet VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych
Nr i nazwa działania:	Działanie 8.6 Usługi społeczne na rzecz rodzin

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL DRUKOWANYMI LITERAMI

- Formularz jest dostępny w wersji papierowej w siedzibie AKI, tj. w biurze projektu oraz w wersji elektronicznej do pobrania ze strony www projektu.
- Wszystkie pola formularza muszą być wypełnione czytelnie (z wyjątkiem pól zaznaczonych kolorem szarym).
- Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem X.
- Formularz należy spiąć trwale oraz czytelnie, odręcznie podpisać.
- Formularz rekrutacyjny w wersji papierowej wraz z załącznikami należy złożyć/przestać:
 - Akademia Kultury Informacyjnej Sp. z o. o. 03-153 Warszawa ul. Modlińska 310/312 lok. 201 (II piętro)
- Jeżeli dana pozycja nie dotyczy Kandydata/Kandydatki, należy zaznaczyć NIE.
- Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
- Dokumenty rekrutacyjne należy wypełnić w języku polskim.
- Formularz rekrutacyjny wraz z załącznikami należy złożyć w wyznaczonym miejscu i we wskazanym terminie.
- Należy wypełnić wszystkie pola formularza rekrutacyjnego oraz załączników.

W związku z chęcią udziału w projekcie „Wsparcie rodziny szansą na lepsze jutro” niniejszym oświadczam, iż spełniam kryteria grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027

TAK * NIE *

Należę do grupy docelowej projektu, tj.:

Dzieci i młodzieży korzystających ze wsparcia	<input type="checkbox"/> *
Korzystających ze świetlicy wsparcia dziennego dla rodzin, w tym dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/> *
Rodziców/opiekunów	<input type="checkbox"/> *
Kadry	<input type="checkbox"/> *

Należę do grupy docelowej projektu, korzystającej z następującego rodzaju wsparcia:

Indywidualna ścieżka wsparcia dla rodzin, w tym dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/> *
Wsparcie dla dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/> *
Wsparcie dla rodziców/opiekunów	<input type="checkbox"/> *
Wsparcie dla kadry świadczącej wsparcie dla rodzin	<input type="checkbox"/> *
Świetlica wsparcia dziennego dla rodzin, w tym dzieci i młodzieży	<input type="checkbox"/> *



DANE UCZESTNIKA											
Imię (imiona):											
Nazwisko:											
Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> * Mężczyzna <input type="checkbox"/>*										
Wiek w chwili przystępowania do projektu:											
PESEL:	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
BRAK PESEL/INNY IDENTYFIKATOR:											
Obywatelstwo:	Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> * Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> * Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec <input type="checkbox"/> *										
Rodzaj Uczestnika:	Indywidualny <input type="checkbox"/> * Pracownik lub przedstawiciel instytucji/ podmiotu <input type="checkbox"/>*										
Nazwa Instytucji/podmiotu:											
WYKSZTAŁCENIE											
Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)	<input type="checkbox"/> *										
Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/> *										
Wyższe (ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/> *										
Nie dotyczy	<input type="checkbox"/> *										
DANE KONTAKTOWE ¹											
Kraj:											
Województwo:											
Powiat:	Gmina:										
Miejscowość:	Kod pocztowy:										
Ulica:											

¹ Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu



Nr ulicy:		Nr lokalu:	
Telefon stacjonarny:		Telefon komórkowy:	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)			

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba bierna zawodowo		TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> *
w tym			
<input type="checkbox"/> *	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> *	Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie
<input type="checkbox"/> *	Inne		
Osoba bezrobotna		TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> *
w tym			
<input type="checkbox"/> *	Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> *	Inne
Osoba pracująca		TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> *
w tym			
<input type="checkbox"/> *	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w administracji rządowej	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca na uczelni
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w instytucie naukowym
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w instytucie badawczym
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
<input type="checkbox"/> *	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> *	Inne

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba obcego pochodzenia
TAK <input type="checkbox"/> * NIE <input type="checkbox"/> *
Osoba państwa trzeciego
TAK <input type="checkbox"/> * NIE <input type="checkbox"/> *
Posiadanie statusu migranta

TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> *
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	
TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> * ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> *
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> *
Osoba z niepełnosprawnościami	
TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> * ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/> *
Czy ma Pani/Pan specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie? (np. przestrzeń dostosowana do potrzeb niepełnosprawności ruchowej, alternatywne formy materiałów, specjalne wyżywienie, inne...)	
TAK <input type="checkbox"/> *	NIE <input type="checkbox"/> * Jeśli TAK Proszę wpisać jakie?:

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

(*W przypadku uczestnictwa w projekcie osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.)

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie oraz akceptuję jego postanowienia.
2. Spełniam określone w Regulaminie Uczestnictwa w Projekcie warunki kwalifikowalności do Projektu oraz zobowiązuję się do złożenia załączników otrzymanych/udostępnionych w celach rekrutacji.
3. Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Jestem świadomy/a, że projekt realizowany jest na podstawie umowy pomiędzy Akademią Kultury Informacyjnej Sp. z o. o. (Wnioskodawca projektu), a Mazowiecką Jednostką Wdrażania Programów Unijnych ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa, pełniącą rolę Instytucji Pośredniczącej Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027.
5. Zobowiązuję się do przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników produktu do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie, tj. informacji nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji od zakończenia udziału w projekcie (potwierdzonych zaświadczeniem na wzorze/certyfikatem).
6. Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniach, pre- i post ankietach.
7. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
8. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
9. Zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. poz. 1000, z późn. zm.) wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przez Akademię Kultury Informacyjnej Sp. z o. o. 03-153 Warszawa ul. Modlińska 310/312 lok. 201, do celów związanych z realizacją projektu, także w zakresie niezbędnym do wywiązywania się przez Wnioskodawcę projektu: Akademię Kultury Informacyjnej Sp. z o. o. 03-153 Warszawa ul. Modlińska 310/312 lok. 201 z obowiązków sprawozdawczych wobec Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych ul. Inflancka 4, 00-189 Warszawa.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 6 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy i moim aktualnym statusem prawnym. Jednocześnie zobowiązuję się w terminie trzech dni roboczych o niezwłocznym poinformowaniu Akademię Kultury Informacyjnej Sp. z o.o. 03-153 Warszawa ul. Modlińska 310/312 lok. 201 o wszelkich zmianach.



11.

DO FORMULARZA REKRUTACYJNEGO DOŁĄCZAM:	
Regulamin uczestnictwa w projekcie	TAK <input type="checkbox"/> * NIE <input type="checkbox"/> *
Oświadczenie uczestnika projektu	TAK <input type="checkbox"/> * NIE <input type="checkbox"/> *
Deklaracja uczestnictwa w projekcie	TAK <input type="checkbox"/> * NIE <input type="checkbox"/> *
Umowa (2 egzemplarze)	TAK <input type="checkbox"/> * NIE <input type="checkbox"/> *

Miejscowość i data-----
Czytelny podpis
Uczestnika/Uczestniczki Projektu*