

| 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: | |
| 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.)

- Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie oraz akceptuję jego postanowienia.
- Spełniam określone w Regulaminie Uczestnictwa w Projekcie warunki kwalifikowalności do Projektu oraz zobowiązuję się do złożenia załączników otrzymanych/udostępnionych w celach rekrutacji.
- Zostałem/am poinformowany/a, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- 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.
- 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).
- Zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniach, pre- i post ankietach.
- Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
- Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
- 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.
- 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



Akademii 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*