



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

„Kwalifikacje na miarę rynku pracy”

Nr FEWM.07.02-IP.01-0077/24

FORMULARZ APLIKACYJNY

Data wpływu Formularza	
Numer rekrutacyjny	
Podpis osoby przyjmującej Formularz	

Szanowni Państwo!

Prosimy o czytelne wypełnienie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**) lub wstawić „X” w białych, pustych polach.

CZĘŚĆ I - DANE PERSONALNE			
Imię/Imiona			
Nazwisko		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Numer PESEL		Wiek:	
Brak PESEL	<input type="checkbox"/> TAK		
Obywatelstwo			
Adres zamieszkania			
Miejscowość			
Ulica			
Numer domu			
Numer lokalu			
Kod pocztowy			
Powiat			
Gmina			
Województwo			



Obszar według stopnia urbanizacji - DEGURBA (wypełnia osoba przyjmująca formularz)	<input type="checkbox"/> Miejsko – wiejski <input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> ¹ Wiejski
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	Miejscowość:
	Ulica:
	Numer domu:
	Numer lokalu:
	Kod pocztowy:
	Gmina:
	Powiat:
	Województwo:

CZĘŚĆ II - WYKSZTAŁCENIE

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)		
1.	ISCED 0 – Brak wykształcenia	<input type="checkbox"/>
2.	ISCED 1 - Podstawowe (6 klas szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/>
3.	ISCED 2 - Gimnazjalne lub Podstawowe (8 klas szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/>
4.	ISCED 3 - Ponadgimnazjalne lub ponadpodstawowe (ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	<input type="checkbox"/>
5.	ISCED 4 - Policealne (ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/>
6.	ISCED 5-8 -Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	<input type="checkbox"/>

¹ tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko – wiejskiej



CZĘŚĆ III – KRYTERIA FORMALNE (DOSTĘPU)

Oświadczam, że:

1.	Jestem osobą zamieszkującą na terenie powiatu olsztyńskiego, kętrzyńskiego, lidzbarskiego, mrągowskiego, nidzickiego, szczytnieńskiego, ostródzkiego lub miasta Olsztyn (na podstawie oświadczenia o miejscu zamieszkania)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
2a.	Jestem osobą zatrudnioną na umowie krótkoterminowej lub umowie cywilnoprawnej Umowa krótkoterminowa umowa wskazująca na zawarcie stosunku pracy lub innej formy zatrudnienia, zawarta na czas określony, który upływa w okresie realizacji projektu lub trwa nie dłużej niż 6 miesięcy. Umowa cywilnoprawna, czyli umowa zlecenie lub umowa o dzieło. (na podstawie oświadczenia oraz zaświadczenia od pracodawcy lub kopii umowy)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
2b.	Jestem osobą ubogą pracującą Osoba uboga pracująca wykonuje pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie i jest uprawniona do korzystania z pomocy społecznej na podstawie przesłanki ubóstwo, tj. której dochody nie przekraczają kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej. (na podstawie oświadczenia oraz zaświadczenia od pracodawcy lub kopii umowy oraz zaświadczenia wystawianego przez właściwy podmiot/instytucję w celu ustalenia dochodu przypadającego na 1 osobę w gospodarstwie domowym)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE

**CZĘŚĆ IV – KRYTERIA PREMIUJĄCE (PUNKTOWE)****Oświadczam, że:**

1.	Jestem osobą z niepełnosprawnością¹ lub o ograniczonej mobilności + 4pkt (na podstawie kopii orzeczenia o niepełnosprawności lub o ograniczonej mobilności)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
2.	Jestem osobą powyżej 55 roku życia + 2 pkt Osoby w wieku 55 lat, tj. od dnia, w którym przypadają 55 urodziny. (na podstawie numeru PESEL)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
3.	Jestem reemigrantem (migrantem powrotnym) + 2 pkt Obywatel polski, który przebywał za granicą Polski przez nieprzerwany okres co najmniej 6 m-cy, który zamierza powrócić do Polski lub który przebywa na terenie Polski nie dłużej niż 6 m-cy albo 12 m-cy (w przypadku osób bez pracy) przed przystąpieniem do projektu i deklaruje chęć podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej (w tym działalności gospodarczej) na terytorium Polski. (na podstawie oświadczenia dotyczącego posiadania statusu reemigranta)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
4.	Jestem kobietą + 2 pkt (na podstawie oświadczenia lub danych z kwestionariusza)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
5.	Jestem o niskim wykształceniu + 5 pkt Osoby o wykształceniu do pozycji ISCED 3 włącznie) (na podstawie oświadczenia lub danych z kwestionariusza)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
6.	Jestem osobą zamieszkującą tereny wiejskie + 5 pkt Tereny wiejskie to te zakwalifikowane do DEGURBA kat. 3. (na podstawie oświadczenia o miejscu zamieszkania)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
7.	Jestem osobą samotnie wychowującą dzieci + 5 pkt (na podstawie oświadczenia o samotnym wychowywaniu dzieci)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
8.	Jestem osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem niepełnosprawnym + 5 pkt (na podstawie oświadczenia i kopii orzeczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
9.	Jestem osobą zamieszkującą obszar OSI – Miasta średnie tracące funkcje społeczno-gospodarcze + 2 pkt (na podstawie oświadczenia o miejscu zamieszkania)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE



10.	Jestem osobą zamieszkującą obszar OSI – Obszary zagrożone trwałą marginalizacją + 2 pkt (na podstawie oświadczenia o miejscu zamieszkania)	<input type="checkbox"/> TAK
		<input type="checkbox"/> NIE
Łączna liczba punktów		

CZĘŚĆ V – STATUS NA RYNKU PRACY

Osoba pracująca w:		
1.	administracji rządowej	<input type="checkbox"/>
2.	administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	<input type="checkbox"/>
3.	organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/>
4.	MMŚP	<input type="checkbox"/>
5.	dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/>
6.	podmiocie wykonującym działalność leczniczą	<input type="checkbox"/>
7.	szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	<input type="checkbox"/>
8.	szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/>
9.	szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)	<input type="checkbox"/>
10.	na uczelni	<input type="checkbox"/>
11.	instytucie naukowym	<input type="checkbox"/>
12.	instytucie badawczym	<input type="checkbox"/>
13.	instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz	<input type="checkbox"/>
14.	międzynarodowym instytucie naukowym	<input type="checkbox"/>
15.	federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	<input type="checkbox"/>
16.	na rzecz państwowej osoby prawnej	<input type="checkbox"/>
17.	Inne	<input type="checkbox"/>



MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)	
Oświadczam, że jestem osobą obcego pochodzenia ²	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą z krajów trzecich ³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Oświadczam, że jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej ⁴	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań ⁵	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami ¹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania danych



FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB

Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	Nie zgłaszam specjalnych potrzeb lub nie dotyczy
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		<input type="checkbox"/>
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/ szkoleniowych:		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:		
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		
Dostosowanie czasu/ zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:		
Wydłużony/adekwatny czas wsparcia:		
Umożliwienie powrotu do przekazywanych treści:		
Umożliwienie dostosowania godzin zajęć do potrzeb:		
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością:		
Umożliwienie wsparcia tłumacza języka obcego:		
Inne:		



PYTANIA DODATKOWE

Jestem osobą, która samodzielnie dotrze na
miejsce wsparcia korzystając z transportu
własnego/publicznego

TAK

NIE

OŚWIADCZENIA:

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą
oświadczam że:

- 1) Zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Kwalifikacje na miarę rynku pracy” nr FEWM.07.02-IP.00-0077/24
- 2) Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
- 3) Zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie pn. „Kwalifikacje na miarę rynku pracy” nr FEWM.07.02-IP.00-0077/24, akceptuję go i jestem świadomy/a możliwości wprowadzania w nim zmian.
- 4) Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur (FEWiM) 2021-2027.
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, że Instytut Rozwoju Kapitału Ludzkiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez Instytut Rozwoju Kapitału Ludzkiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2021, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027);



- 6) dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania
- 7) Zostałem/am poinformowany/a, że Instytut Rozwoju Kapitału Ludzkiego spółka z ograniczoną odpowiedzialnością zapewnia standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
- 8) Wyrażam zgodę na odbycie wsparcia w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
- 9) Zostałem/am poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Organizatora o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
- 10) Podpiszę umowę udziału w projekcie oraz zobowiązuję się do przekazania informacji o swojej sytuacji życiowej do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dostarczę Beneficjentowi Projektu dokumentów potwierdzających zatrudnienie (kopia umowy o pracę, wpis do CEIDG/KRS) i/lub potwierdzenie podjęcia kształcenia lub szkolenia (zaświadczenie o podjęciu kształcenia lub szkolenia poza miejscem pracy/w miejscu pracy, szkolenia zawodowego) i/lub poprawie sytuacji społecznej (zaświadczenie potwierdzające rozpoczęcie nauki/oświadczenie wzmocnienia motywacji do pracy po projekcie/oświadczenie zwiększenia pewności siebie i własnych umiejętności/ zaświadczenie potwierdzające poprawę stanu zdrowia/oświadczenie potwierdzające poprawę umiejętności rozwiązywania pojawiających się problemów. Ponadto zobowiązuję się do wypełnienia ankiety samooceny expost.
- 11) Oświadczam, że przynależę do grupy docelowej.
- 12) Dane zawarte w Formularzu aplikacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość i data

.....
czytelny podpis Kandydata/ki
Projektu



ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO

Wykaz dokumentów		
1.	Oświadczenia o miejscu zamieszkania.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy
2.	Zaświadczenia o zatrudnieniu od pracodawcy lub kopia umowy.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy
3.	Zaświadczenie wystawiane przez właściwy podmiot/instytucję w celu ustalenia dochodu przypadającego na 1 osobę w gospodarstwie domowym.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy
4.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub o ograniczonej mobilności.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy
5.	Dokument potwierdzający tożsamość i polskie obywatelstwo (np. dowód osobisty lub paszport) do wglądu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy
6.	Oświadczenie dotyczące posiadania statusu reemigranta	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy
7.	Oświadczenia o samotnym wychowywaniu dzieci.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy
8.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności dziecka.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nie dotyczy

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby
weryfikującej dokumenty



- ¹ **Za osobę z niepełnosprawnością** rozumie się osobę niepełnosprawną w rozumieniu 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 osobę z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Z 2017 r. poz. 882, z późn. zm.), tj. osobą z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.
- ² **Osoba obcego pochodzenia** - to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.
- ³ **Obywatel państwa trzeciego to osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, ani krajów takich jak: Norwegia, Islandia, Lichtenstein oraz Szwajcaria**, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa.
- ⁴ **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej** - zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaïmska, łemkowska, romska, tatarska
- ⁵ **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** - bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego:
1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach);
 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla migrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności -specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);
 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą);



4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są w kryzysie bezdomności lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.