



„MY TEŻ MAMY PRAWO”



ANKIETA REKRUTACYJNA¹

dla uczestników projektu systemowego PN. „My też mamy prawo” realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku w 2011 roku.

Priorytet: VII. Promocja integracji społecznej

Działanie: 7.1. Rozwój i rozpowszechnianie aktywnej integracji

Poddziałanie: 7.1.2. Rozwój i rozpowszechnianie aktywnej integracji przez powiatowe centra pomocy rodzinie

Dane podstawowe	Imię (imiona)												
	Nazwisko												
	Data urodzenia			-			-						
	Nr ewid. (PESEL)												
	Seria i Nr dowodu osobistego												
	Płeć: kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> Wiek w chwili przystąpienia do projektu: lat Stan cywilny: wolny/wolna <input type="checkbox"/> żonaty/ mężatka <input type="checkbox"/> Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną: Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>												
Dane teleadresowe	Ulica												
	Nr domu/mieszkania			/									
	Kod pocztowy			-									
	Miejscowość												
	Województwo	P	O	M	O	<input type="checkbox"/>	S	K	I	E			
	Powiat	M	A	L	B	O	R	S	K	I			
	Obszar: Wiejski <input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/>												
	Tel. stacjonarny	0	5	5				-			-		
	Tel. komórkowy			-			-						
Adres poczty elektronicznej (e-mail)													
	Dane prawnego opiekuna (osoby ubezwłasnowolnionej) Dane opiekuna osoby niepełnosprawnej (w przypadku znacznego stopnia niepełnosprawności) lub opiekuna wychowanka usamodzielnianego:												

¹ ANKIETĘ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



Dane podstawowe	Imię (imiona)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nazwisko	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nr ewid. (PESEL)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Seria i Nr dowodu osobistego	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dane teleadresowe	Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Nr domu/mieszkania	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>														
	Kod pocztowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Miejscowość	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Województwo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Powiat	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Obszar:	Wiejski	<input type="checkbox"/>	Miejski	<input type="checkbox"/>															
	Tel. stacjonarny	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Tel. komórkowy	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Dodatkowe dane	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> - Brak <input type="checkbox"/> - Niepełne Podstawowe <input type="checkbox"/> - Podstawowe <input type="checkbox"/> - Podstawowe Specjalne <input type="checkbox"/> - Gimnazjalne <input type="checkbox"/> - Gimnazjalne Specjalne <input type="checkbox"/> - Zasadnicze Zawodowe <input type="checkbox"/> - Zasadnicze Zawodowe Specjalne <input type="checkbox"/> - Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> - Średnie <input type="checkbox"/> - Pomaturalne <input type="checkbox"/> - Wyższe <input type="checkbox"/> - Jestem uczniem/słuchaczem szkoły dziennej/studiów dziennych <input type="checkbox"/> - Jestem uczniem/słuchaczem szkoły wieczorowej, zaocznej/studiów wieczorowych, zaocznych																			





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



Dane dotyczące szkoły²:
Pełna nazwa szkoły:
.....
Adres szkoły:
.....
Typ szkoły:
.....
Klasa do której uczęszcza:
.....
w systemie: **dziennym** **zaocznym** **wieczorowym**

Status na rynku pracy:		
a) bezrobotny/a: *zarejestrowany/a we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym długotrwale bezrobotny/a * Określenie "osoba długotrwale bezrobotna" dotyczy osób, które w przeciągu ostatnich 24 miesięcy były zarejestrowane w Powiatowym Urzędzie Pracy przez co najmniej 12 miesięcy.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
zarejestrowany/a jako osoba bezrobotna w PUP w Malborku	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
b) nieaktywny/a zawodowo *Zgodnie z tą definicją, "osoba nieaktywna zawodowo". Obejmuje ona następujące grupy osób w wieku 15-64 lata: Osoby nie posiadające statusu osoby długotrwale bezrobotnej; Osoby nie kontynuujące nauki w systemie dziennym; Osoby nie będące zatrudnione na podstawie stosunku pracy, stosunku służbowego ani umowy o pracę nakładczą; Osoby nie wykonujące pracy i nie świadczące usług na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło, ani z tytułu członkostwa w rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub spółdzielni usług rolniczych; Osoby, które nie nabyły prawa do emerytury; Osoby które nie pobierają: zasiłku przedemerytalnego, świadczenia przedemerytalnego, świadczenia rehabilitacyjnego, zasiłku chorobowego, zasiłku macierzyńskiego; Osoby, które nie korzystają z: urlopu macierzyńskiego, urlopu wychowawczego; Osoba, która nie jest właścicielem lub posiadaczem samodzielnym, lub zależnym nieruchomości rolnej o powierzchni użytków rolnych przekraczającej 1 ha przeliczeniowy; Osoba, która nie jest wpisana do ewidencji działalności gospodarczej oraz nie jestem członkiem spółdzielni socjalnej; Osoba, która nie jest osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, niezdolną do podjęcia pracy i samozatrudnienia; Osoba, wobec której nie orzeczono całkowitej niezdolności do pracy	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym uczący/a się lub kształcący/a się *osoba kształcąca się w ramach kształcenia formalnego i nieformalnego	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
c) Zatrudniony/a: * osoba zatrudniona na podstawie umowy o pracę, zlecenie, dzieło, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym rolnik * osoba zamieszkująca i prowadząca na terytorium RP, osobiście i na własny rachunek, działalność rolniczą w pozostającym w jej posiadaniu gospodarstwie rolnym lub domownik, osoba pozostająca z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkująca na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym zatrudniony/a w mikroprzedsiębiorstwie * osoba pracująca w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 2 do 9 pracowników	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym zatrudniony/a w małym i (lub) średnim przedsiębiorstwie * osoba pracująca w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 10 do 249 pracowników	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym zatrudniony/a w dużym przedsiębiorstwie * osoba pracująca w przedsiębiorstwie zatrudniającym powyżej 249 pracowników *osoba zatrudniona w administracji rządowej i samorządowej oraz jednostkach organizacyjnych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym zatrudniony/a w organizacji pozarządowej * osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej w rozumieniu ustawy o działalności pożytku publicznego	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
w tym samozatrudniony/a * osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, nie zatrudniającą pracowników	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

² wypełnić w przypadku kształcenia





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



Kwalifikacje zawodowe: ■ zawód wyuczony: ■ zawód wykonywany ■ inne dodatkowe posiadane kwalifikacje Źródło dochodu (wstawić we właściwej rubryce) <input type="checkbox"/> - bez dochodu <input type="checkbox"/> - wynagrodzenie z tytułu zatrudnienia : wysokość wynagrodzenia : zł <input type="checkbox"/> - renta (rodzaj): wysokość renty zł <input type="checkbox"/> - emerytura : wysokość emerytury zł <input type="checkbox"/> - zasiłek dla bezrobotnych : wysokość zasiłku zł <input type="checkbox"/> - zasiłek pielęgnacyjny : wysokość zasiłku zł <input type="checkbox"/> - świadczenie z pomocy społecznej : wysokość świadczenia zł <input type="checkbox"/> - inne źródła dochodu - jakie : wysokość emerytury zł		
W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/tem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP w M-ku przez okres: krótszy niż 12 miesięcy powyżej 12 miesięcy	Tak <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Jestem osobą niepełnosprawną tzn. osobą o orzeczonym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późniejszymi zmianami)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- stopień znaczny/inwalidzki I grupy/ osoby całkowicie niezdolnej do pracy i niezdolnej do samodzielnej egzystencji o symbolu przyczyny niepełnosprawności..... stały / określony do	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- stopień umiarkowany/inwalidzki II grupy/ osoby całkowicie niezdolnej do pracy o symbolu przyczyny niepełnosprawności..... stały / określony do	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- stopień lekki/inwalidzki III grupy/ osoby częściowo niezdolnej do pracy o symbolu przyczyny niepełnosprawności..... stały / określony do	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Korzystam z pomocy PCPR w Malborku:	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- z dofinansowania do turnusu rehabilitacyjnego	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- z warsztatów terapii zajęciowej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- z dofinansowania do likwidacji barier architektonicznych i technicznych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- z dofinansowania do likwidacji barier w komunikowaniu się	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- z dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego lub środków ortopedycznych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- inne (jakie?).....		
Ze względu na moją niepełnosprawność pragnę skorzystać z usług wspierających, w tym :	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- tłumacza osoby głuchoniemej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
- przewodnika osoby niewidomej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



	- asystenta osoby niepełnosprawnej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Deklaruję swój udział zgodnie z moimi potrzebami jako osoba niepełnosprawna w:	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	- czternastodniowym turnusie rehabilitacyjnym w miejscu i czasie podanym przez organizatora turnusu (PCPR w Malborku) w tym: w przypadku osoby ze <u>znaczny</u> m stopniem niepełnosprawności opiekuna	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	- zespole ćwiczeń fizycznych usprawniających psychoruchowo lub zajęciach rehabilitacyjnych	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo-wychowawczą lub, zgodnie z art. 19, ust.6 i art. 88 Ustawy o pomocy społecznej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Jestem rodzicem rodziny zastępczej	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Jestem objęty/a wsparciem z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego przez inne jednostki lub wsparciem w ramach projektów systemowych realizowanych przez OHP	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Oczekuję opieki nad dzieckiem w wieku 4-7 lat na czas trwania szkolenia itp.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Oczekuję opieki nad osobą zależną na czas trwania szkolenia itp.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Oczekuję zwrotu kosztów dojazdu, a w przypadku osoby niepełnosprawnej również opiekuna, związanych z moim uczestnictwem w kursach, poradnictwie, szkoleniach, konsultacjach i innych zajęciach związanych z realizacją projektu	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
	Deklaruję swój udział w szkoleniach, kursach, warsztatach, terapii zgodnie z poniższym zestawieniem i innych organizowanych w ramach projektu. (w przypadku rodzin zastępczych, należy wskazać-terapie dla rodzin zastępczych) (prosimy o wybór maksymalnie trzech z proponowanych szkoleń, kursów lub wpisanie innego, którym jest Pan/i zainteresowany/a). Wpisz cyfrę wg. ważności: 1- przy szkoleniu, kursie w którym chciałbyś/chciałabyś bardzo uczestniczyć; 2- przy szkoleniu, kursie w którym chciałbyś/chciałabyś uczestniczyć w drugiej kolejności, 3- przy szkoleniu, kursie w którym chciałbyś/chciałabyś uczestniczyć w trzeciej kolejności, <input type="checkbox"/> Kurs prawa jazdy kat B <input type="checkbox"/> Kurs prawa jazdy C <input type="checkbox"/> Europejski Certyfikat Umiejętności Komputerowych <input type="checkbox"/> Profesjonalna sekretarka z j.angielskim <input type="checkbox"/> Pozyskiwanie i rozliczanie funduszy unijnych <input type="checkbox"/> Podstawy księgowości <input type="checkbox"/> Fakturzystka <input type="checkbox"/> Język niemiecki w różnym stopniu zaawansowania (proponowany stopień).... <input type="checkbox"/> Język rosyjski w różnym stopniu zaawansowania (proponowany stopień)..... <input type="checkbox"/> Język angielski w różnym stopniu zaawansowania (proponowany stopień).... <input type="checkbox"/> Tłumacz osoby głuchoniemej (j.migowy) <input type="checkbox"/> Przewodnik osoby niewidomej <input type="checkbox"/> Asystent osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> Opiekunka osób starszych z praktyką <input type="checkbox"/> Opiekunka dzieci z praktyką i językiem obcym <input type="checkbox"/> Manicure, pedicure-stylistyka paznokci <input type="checkbox"/> Bufetowy (barman)	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Zbrojarz<input type="checkbox"/> Spawacz elektryczny<input type="checkbox"/> Spawacz gazowy<input type="checkbox"/> Tynkarz<input type="checkbox"/> Monter sieci wodnych i kanalizacyjnych<input type="checkbox"/> Warsztaty społeczno –zawodowe<input type="checkbox"/> Warsztaty psychologiczne<input type="checkbox"/> Terapia dla rodzin zastępczych <p>Czytelny Podpis kandydata/beneficjenta ostatecznego potwierdzający wybrane kursy, szkolenia</p>		
--	---	--	--





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na udział w w/w projekcie w 2011r. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie ankiety i podpisanie niniejszego oświadczenia nie jest równoważne z zakwalifikowaniem do projektu. W razie ostatecznego zakwalifikowania mnie do udziału w projekcie zobowiązuje się do podpisania umowy regulującej szczegółowo zasady udziału w projekcie oraz deklarację uczestnictwa w projekcie.

Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym mającym określić moje predyspozycje społeczno-zawodowe, w tym również rozmowa z doradcą zawodowym.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Koordynatora projektu o formie i zakresie wsparcia udzielanego w ramach realizowanego projektu, obejmującego m.in. kursy zawodowe, warsztaty kompetencji, inne warsztaty, turnus rehabilitacyjny i potwierdzam, że mój stan zdrowia pozwala mi na uczestnictwo w oferowanych formach wsparcia.

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz, że mój udział w nim jest bezpłatny.

Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych w celu monitoringu i ewaluacji Projektu w czasie trwania Projektu i 6 miesięcy po jego zakończeniu jak i testów sprawdzających.

Oświadczam, że nie jestem objęty/a wsparciem w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Zostałem/łam poinformowany/a o zasadach udziału w projekcie i mam świadomość, że w przypadku przyjęcia mnie do Projektu jestem zobowiązany do udziału we wszystkich zaproponowanych działaniach.

Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
czytelny podpis uczestnika/Beneficjenta
Ostatecznego projekt

Załączniki:

1. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych na potrzeby projektu oraz na wykorzystanie wizerunku.
2. Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności/orzeczenie o niepełnosprawności – kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem,
3. Potwierdzenie zameldowania na terenie Powiatu Malborskiego,
4. Kserokopia dowodu tożsamości,
5. Oświadczenia o posiadaniu stopnia niepełnosprawności/ o niepełnosprawności.





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



Wypełnia pracownik rekrutujący uczestnika projektu

Osoba kwalifikuje się do udziału w projekcie

Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Data i podpis pracownika rekrutującego

Postanowienia Komisji Rekrutacyjnej

Po dokonanej weryfikacji formalnej tj. sprawdzeniu terminowości, kolejności i kompletności złożonych dokumentów, dokonanej weryfikacji merytorycznej tj. sprawdzeniu zgodności złożonej dokumentacji z założeniami kwalifikacyjnymi uczestnictwa w Projekcie, przeprowadzeniu i analizie wywiadu środowiskowego i dokumentacji w dniu Komisja Rekrutacyjna postanawia:

1. Zakwalifikować w/w bezpośrednio do udziału w projekcie jako Beneficjenta Ostatecznego
2. Nie zakwalifikować w/w do udziału w projekcie jako Beneficjenta Ostatecznego
3. Wpisać w/w na listę osób rezerwową do udziału w projekcie pod nr
4. Nadać Nr rekrutacyjny/2011
5. Nadać Nr Beneficjenta Ostatecznego projektu/BO/PCPRMalbork/2011

Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tak	Nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Uzasadnienie do podjętej decyzji

.....
.....
.....

Skład Komisji Rekrutacyjnej

Podpisy

1.
2.
3.
4.

.....
.....
.....
.....

Data





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



OŚWIADCZENIE/UPOWAŻNIENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I UPUBLICZNIENIE SWOJEGO WIZERUNKU DLA POTRZEB REALIZACJI PROJEKTU.

Z dniem, na podstawie art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), upoważniam Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Malborku do przetwarzania moich danych osobowych, w związku z realizacją projektu systemowego pt. „My też mamy prawo” realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Program Operacyjny Kapitał Ludzki jak również wyrażam zgodę na upublicznienie swojego wizerunku dla potrzeb realizacji projektu.

Upoważnienie obowiązuje do dnia odwołania, nie później jednak niż do dnia 31 grudnia 2013 r.

Jednocześnie oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. Administratorem tak zebranych danych osobowych jest Instytucja Zarządzająca dla Programu Operacyjnego kapitał Ludzki – Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
2. Moje dane osobowe jak i mój wizerunek będą przetwarzane i udostępniane wyłącznie w celu udzielania wsparcia i obsługi Projektu;
3. Moje dane osobowe jak i mój wizerunek mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Programu Operacyjnego kapitał Ludzki;
4. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
5. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
czytelny podpis uczestnika/Beneficjenta Ostatecznego projektu





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną tzn. osobą o orzecznym stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późniejszymi zmianami) i posiadam:

1. orzeczenie o niepełnosprawności Nr z dnia wydanego przez

2. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:

– stopień znaczny/inwalidzki I grupy/ osoby całkowicie niezdolnej do pracy i niezdolnej do samodzielnej egzystencji o symbolu przyczyny niepełnosprawności..... stały/określony do..... wydany przez

– stopień umiarkowany/inwalidzki II grupy/ osoby całkowicie niezdolnej do pracy o symbolu przyczyny niepełnosprawności..... stały / określony do wydany przez

– stopień lekki/inwalidzki III grupy/ osoby częściowo niezdolnej do pracy o symbolu przyczyny niepełnosprawności..... stały / określony do wydany przez

.....
czytelny podpis uczestnika/Beneficjenta Ostatecznego projektu





„MY TEŻ MAMY PRAWO”



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKÓW/BENEFICJENTÓW OSTATECZNYCH PROJEKTU O GOTOWOŚCI ZWROTU KOSZTÓW W PRZYPADKU REZYGNACJI Z NIEUZASADNIONYCH PRZYCZYŃ LUB ZBYT NISKIEJ FREKWENCJI

Jestem świadomy/a, że projekt „My też mamy prawo” współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz, że mój udział w nim jest bezpłatny. W związku z tym zobowiązuję się do:

1. uczestniczenia w zajęciach z zastosowanych instrumentów w ramach Kontraktu socjalnego / Programu Integracji Społecznej i Zawodowej Osób Niepełnosprawnych (umowy) /Indywidualnego Planu Usamodzielniania/Programu Aktywności Lokalnej akceptując terminy i miejsce zajęć które wyznaczy Organizator, a także dotrzymanie postanowień i terminów zawartych w podpisanym w ramach Projektu Kontrakcie socjalnym / Programie Integracji Społecznej i Zawodowej Osób Niepełnosprawnych (umowy) /Indywidualnym Planu Usamodzielniania/ Programu Aktywności Lokalnej;
2. przestrzegania programu oraz zasad obowiązujących na poszczególnych zajęciach, punktualnego przychodzenia na zajęcia i rzetelnego przygotowywania się do zajęć zgodnie z poleceniami prowadzącego;
3. poddania się badaniom ankietowym w celu monitoringu i ewaluacji Projektu w czasie trwania Projektu i 6 miesięcy po jego zakończeniu jak i testów sprawdzających;
4. wypełniania ankiet i kwestionariuszy dostarczanych zarówno przez Beneficjenta jak i realizatorów szkoleń oraz udzielania informacji dotyczących swojej aktualnej sytuacji na rynku pracy w trakcie trwania Projektu, a także do 6 miesięcy po jego zakończeniu;
5. nie mniejszej niż 80% frekwencji na zajęciach, godzinach przewidzianych w ramach szkoleń i doradztwa. Organizator dopuszcza jedynie nieobecności usprawiedliwione.

W przypadku nie usprawiedliwionej nieobecności, Organizator zastrzega sobie prawo wykreślenia uczestnika z listy;

6. za usprawiedliwioną nieobecność Organizator/Partner uznaje:
 - przyczyny zdrowotne: kserokopia zwolnienia lub wyjaśnienia Uczestnika,
 - udokumentowane wyjazdy służbowe Uczestnika,
 - przyczyny losowe: pisemne wyjaśnienia Uczestnika;
7. w przypadku usprawiedliwienia nieobecności Uczestnik zobowiązuje się do samodzielnego uzupełnienia materiału z opuszczonych zajęć;
8. przystąpienia do egzaminów wewnętrznych w ramach zajęć (jeżeli dotyczy),
9. podpisywania w trakcie udziału w zajęciach wskazanych w kontrakcie socjalnym kart usługi i list obecności;
10. W przypadku zmiany danych zamieszczony przez Uczestnika w dokumentacji, o której mowa w pkt. II ppkt. 3, Uczestnik zobowiązany jest do natychmiastowego poinformowania o tym Organizatora oraz ich aktualizacji;
11. bieżącego informowania pracownika socjalnego o wszelkich przeszkodach uniemożliwiających udział w Projekcie (np. podjęcie pracy);
12. utrzymania stałego kontaktu z Beneficjentem.

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku nieuzasadnionej rezygnacji z udziału w projekcie w trakcie jego trwania lub w przypadku skreślenia mnie z listy uczestników projektu zobowiązuję się do zwrotu wszystkich otrzymanych od realizatorów projektu materiałów dydaktycznych i przekazania ich osobie, która zajmie moje miejsce na kursie, szkoleniu, w projekcie.

.....
czytelny podpis uczestnika/Beneficjenta Ostatecznego projektu

