**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**Projekt „Niepełnosprawni na start!   
– wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania”  
współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data dostarczenia formularza** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej** |  |

**PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I**

**ZAZNACZANIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE KANDYDATA/KANDYDATKI** | | | | | | | |
| **Imię/Imiona** |  | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia** |  | | | | | | |
| **PESEL** |  | | | | | | |
| **Płeć:**  **kobieta  mężczyzna** | **Wiek** | | | | | | |
| **Wykształcenie** | **brak (brak formalnego wykształcenia)**  **podstawowe(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)**  **gimnazjalne(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)**  **ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej –  wykształcenie średnie lub zawodowe)**  **pomaturalne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym, niż kształcenie na   poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)**  **wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)** | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | **ulica** | |  | | | |
| **nr domu** | |  | | **nr lokalu** |  |
| **kod poczt.** | |  | | **miejscowość** |  |
| **powiat** | |  | | **gmina** |  |
| **Tel. kontaktowy** | | **stacjonarny** | |  | | **komórkowy** |  |
| **e-mail** | |  | | | | | |
| **Obszar miejski (miasta oraz część miejska gminy wiejsko – miejskiej)**  **Obszar wiejski (tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko - miejskiej** | | | | | | | |
| **Adres do korespondencji**  **(wpisać jeśli inny niż adres zamieszkania)** | | **ulica** | |  | | | |
| **nr domu** | |  | | **nr lokalu** |  |
| **kod poczt.** | |  | | **miejscowość** |  |
| **DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE** | | | | | | | |
| **Doświadczenie zawodowe**  **(wykonywany zawód, miejsce zatrudnienia)** | | **1. ………………………………………………………………………………………….**  **2.…………………………………………………………………………………..………**  **3. …………………………………………………………………….……………………** | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | | | | | |
| **Czy jest Pan/Pani zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy?** | | | | **Jako osoba bezrobotna?  Tak NIE**  **Jako osoba poszukująca pracy?  Tak NIE** | | | |
| **Stopień niepełnosprawności** | | | | **Znaczny**  **Umiarkowany**  **Lekki orzeczony z uwagi na upośledzenie umysłowe**  **Lekki orzeczony z innych przyczyn niż upośledzenie umysłowe** | | | |
| **Rodzaj schorzenia lub symbol niepełnosprawności** | |  | | | | | |
| **Czy pobiera Pan/ Pani świadczenia pieniężne**  **(np. ZUS, MOPS)** | | **Tak  Nie Jeśli zaznaczono odpowiedź TAK – proszę opisać jakie:**  **………………………………………………………………………………………..** | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE** | | | | | | | |
| **Oświadczam, że:**  1. Uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia  lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu i załącznikach są zgodne z prawdą.  2. Zapoznałem/-am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania” i akceptuję warunki Regulaminu.  3. Zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych.  4. Jestem świadomy/-a, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.  5. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku zarejestrowanego na materiałach fotograficznych i filmowych wyłącznie dla potrzeb realizacji i promocji projektu.  ................................................................................................................................................  (Miejscowość, data, podpis) | | | | | | | |

**OŚWIADCZENIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKOWALNOŚCI**

**do projektu: „Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam że,  kwalifikuję się do grupy „Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania” tj.: spełniam łącznie następujące wymogi:

* jestem osobą niepełnosprawną w stopniu umiarkowanym bądź znacznym posiadającą ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne \* w rozumieniu ustawy „O rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych” z dnia 27 sierpnia 1997 roku Dz.U. *1997* nr 123 poz. 776 lub posiadam orzeczony z uwagi na upośledzenie umysłowe lekki stopień niepełnosprawności
* ubiegam się o dopuszczenie do udziału w projekcie przez Komisję Rekrutacyjną na podstawie orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności z innych przyczyn niż upośledzenie umysłowe.
* jestem osobą zdolną i gotową do pojęcia zatrudnienia w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy. Zapisy ujęte w orzeczeniu o niepełnosprawności nie wykluczają podjęcia zatrudnienia na otwartym rynku pracy
* nie korzystam ze wsparcia innych projektów współfinansowanych przez PFRON, których cele i oferowane formy wsparcia, z których korzysta uczestnik, pokrywają się z celami projektu „Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania
* jestem osobą samodzielną nie wymagającą stałej, indywidualnej opieki w trakcie zajęć indywidualnych, grupowych, szkoleń zawodowych oraz staży zawodowych
* jestem osobą zamieszkałą na terenie województwa mazowieckiego, świętokrzyskiego lub lubelskiego
* jestem osobą w wieku aktywności zawodowej ( 15-64 lata)
* nie jestem osobą zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę oraz na podstawie umów prawa cywilnego ( zlecenie, o dzieło)
* nie jestem zatrudniona/ y w realizowanym projekcie pn. „Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania
* nie posiadam zarejestrowanej działalności gospodarczej
* nie jestem rolnikiem bądź domownikiem rolnika ubezpieczonego w KRUS
* nie jestem uczniem/słuchaczem szkoły dziennej, studentem studiów dziennych

……………….…………………………………………….

Data i podpis

**\*aktualne orzeczenie równoważne:** orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów.

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

W związku z przystąpieniem do Projektu „**Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania” współfinansowanego przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych** wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

* 1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, mający siedzibę przy ulicy Al. Jana Pawła II 13, 00-828 Warszawa
  2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu Projekt „Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania”, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych;
  3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Niepełnosprawni na start! – wsparcie usamodzielniania osób niepełnosprawnych poprzez działania na rzecz ich zatrudniania”,, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Państwowego Funduszu Osób Niepełnosprawnych;
  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.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| Miejscowość i data | Czytelny podpis uczestnika projektu |