



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN. „Szansa na lepsze!”**współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w  
ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 – 2027

Wypełnia Pracownik Biura Projektu:

Numer identyfikacyjny formularza .....

Data wpływu formularza .....

Podpis osoby przyjmującej formularz .....

Wypełnia Kandydat / Kandydatka:

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA ZNAJDUJE SIĘ NA KOŃCU DOKUMENTU

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA / KANDYDATKI (proszę wypełnić wszystkie pola)

Nazwisko															
Imię															
Obywatelstwo															
PESEL												Wiek			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna		Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności <sup>1</sup>				<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Sprawuję opiekę nad dzieckiem/dziećmi lub osobą zależną										<input type="checkbox"/> TAK			<input type="checkbox"/> NIE		
Miejsce zamieszkania <sup>2</sup> /Dane kontaktowe															
Ulica					Nr domu				Nr lokalu						
Miejscowość					Powiat										
Gmina					Województwo										
Kod pocztowy			-			Poczta									

<sup>1</sup> Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z póź. zm), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr. 231, poz.1375). Osoby niepełnosprawne składają kopię orzeczenia o niepełnosprawności wraz z oryginałem do wglądu, co jest podstawą otrzymania dodatkowych punktów za spełnienie kryterium.

<sup>2</sup> Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

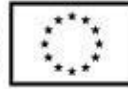


Telefon kontaktowy	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Wykształcenie	
<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	
<input type="checkbox"/> Podstawowe - poziom ISCED 1 (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową)	
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne - poziom ISCED 2 (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum)	
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne - poziom ISCED 3 (dotyczy osób, które ukończyły liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, technikum uzupełniające lub zasadniczą szkołę zawodową)	
<input type="checkbox"/> Policealne - poziom ISCED 4 (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną)	
<input type="checkbox"/> Wyższe - poziom ISCED 5 - 8 (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe – uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)	

## II. STATUS KANDYDATA / KANDYDATKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

(proszę zaznaczyć właściwe pola)

Czy jest Pani / Pan osobą należącą do jednej z poniższych grup? (odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata / Kandydatkę z udziału w projekcie)	
<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Jeśli tak, proszę wskazać właściwe pole	
<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna</b> , w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy - wymagane urzędowe zaświadczenie z Urzędu Pracy</li> <li><input type="checkbox"/> bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy – wymagane zaświadczenie z ZUS (US-7)/potwierdzenie wygenerowane z PUE ZUS</li> <li><input type="checkbox"/> bezrobotna długotrwale – wymagane urzędowe zaświadczenie z Urzędu Pracy</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> <b>osoba bierna zawodowo</b> – wymagane zaświadczenie z ZUS (US-7)/potwierdzenie wygenerowane z PUE ZUS, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba ucząca się lub kształcąca się</li> <li><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>	



## III. POZOSTAŁE KRYTERIA FORMALNE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (proszę zaznaczyć właściwe pola)

<p>Czy jest Pani / Pan osobą dorosłą (ma Pani / Pan ukończone 18 lat)? (odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata / Kandydatkę z udziału w projekcie)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak                      <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Czy zamieszkuje Pani / Pan w rozumieniu Kodeksu Cywilnego<sup>3</sup> na terenie OSI Kieleckiego Obszaru Funkcjonalnego, tj. miasto Kielce lub gminy: Chęciny, Chmielnik, Daleszyce, Morawica, Pierzchnica, Górnio, Masłów, Miedziana Góra, Piekoszków, Nowiny (Sitkówka), Strawczyn, Zagnańsk (woj. świętokrzyskie)? (odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata / Kandydatkę z udziału w projekcie)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak                      <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Czy jest Pani/Pan osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz.U.2022.0.2241) ? (odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata / Kandydatkę z udziału w projekcie)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak                      <input type="checkbox"/> nie</p> <p>Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu (Dz.U.2022.0.2241), które podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.</p>
<p>Jednocześnie oświadczam, że <b>nie mam prawa</b> do zasiłku dla bezrobotnych/ zasiłku przedemerytalnego/ świadczenia przedemerytalnego/ renty strukturalnej/ renty z tytułu niezdolności do pracy*/ emerytury/ nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego (odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata / Kandydatkę z udziału w projekcie)</p> <p>*Osoby mogą uczestniczyć w zajęciach prowadzonych przez kluby integracji społecznej na zasadach określonych w art. 18 klub integracji społecznej ust. 3–5a.</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> tak, nie mam prawa do wyżej wymienionych                      <input type="checkbox"/> nie</p>

<sup>3</sup> Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



Czy jest Pani / Pan osobą podlegającą wykluczeniu społecznemu?

(odpowiedź „nie” dyskwalifikuje Kandydata / Kandydatkę z udziału w projekcie)

tak

nie

Jeśli tak, proszę zaznaczyć przesłankę / przesłanki wykluczenia społecznego, która/e Pani / Pana dotyczą, tj.:

- osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej;
- osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich;
- osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty;
- osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,
- członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, w którym co najmniej jeden z członków gospodarstwa domowego nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2021-2027;
- osobą odbywającą karę pozbawienia wolności – osobą objętą dozorem elektronicznym;
- osobą korzystającą z FE PŻ.



IV. KRYTERIA PREMIUJĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE<sup>4</sup> (proszę zaznaczyć właściwe pola)

Czy jest Pani/Pan osobą podlegającą wielokrotnemu wykluczeniu społecznemu (z powodu więcej niż jednej przesłanki wykluczenia)?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani/Pan osobą z niepełnosprawnością w stopniu znacznym/ umiarkowanym/ niepełnosprawnością sprzężoną/ chorobami psychicznymi/ niepełnosprawnością intelektualną / całościowymi zaburzeniami rozwojowymi? (jeśli tak, wymagane jest orzeczenie/dokument równoważny)
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Czy jest Pani / Pan osobą korzystającą z Programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa na lata 2021 - 2027? (jeśli tak, wymagane jest zaświadczenie)
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani / Pan osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej? (jeśli tak, wymagane jest zaświadczenie)
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani / Pan osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w ciągu ostatnich 12 miesięcy? (jeśli tak, wymagane jest zaświadczenie)
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani/ Pan osobą zamieszkującą obszar poddany rewitalizacji wskazany w GPR?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani / Pan osobą podlegającą wykluczeniu komunikacyjnemu?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy jest Pani/Pan osobą z niepełnosprawnością w stopniu lekkim?
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

<sup>4</sup> Kryteria nieobowiązkowe, za spełnienie których przyznawane są dodatkowe punkty podczas rekrutacji do projektu

V. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA / KANDYDATKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU<sup>5</sup>

Czy jest Pani / Pan osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA POCHODZĄCA Z PAŃSTWA TRZECIEGO	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Czy jest Pani / Pan osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Czy jest Pani / Pan osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	
<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	

## VI. INFORMACJE DOTYCZĄCE POTRZEB OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI (proszę wypełnić jeśli dotyczy)

Czy posiada Pani / Pan problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK* <input type="checkbox"/> NIE
* Jeśli TAK, proszę wymienić jakie	
Jakie są Pani / Pana potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Pani / Panu udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu?  Np. wsparcie tłumacza języka migowego, asystenta osoby z niepełnosprawnością	

<sup>5</sup> Poniższe dane są wykazywane przez Beneficjenta w systemie teleinformatycznym. Dane te nie mają wpływu na zakwalifikowanie kandydata / kandydatki do projektu.



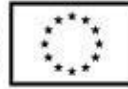
## VIII. OŚWIADCZENIA KANDYDATA / KANDYDATKI

1. Oświadczam, że zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „Szansa na lepsze!” realizowanym przez Fundację Możesz Więcej w partnerstwie z Neuroclinic –Centrum Terapii i Rozwoju Agnieszka Scendo.
2. Oświadczam, że zostałem(-łam) poinformowany(-a), że projekt pn. „Szansa na lepsze!” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 – 2027.
3. Oświadczam, że zapoznałem(-am) się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Szansa na lepsze!” oraz akceptuję jego warunki i postanowienia. Spełniam kryteria kwalifikujące do udziału w projekcie, jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Fundacji Możesz Więcej o wszelkich zmianach danych zawartych w formularzu rekrutacyjnym.
4. Oświadczam, że zamieszkuję na terenie objętym działaniami projektu, tj. terenie OSI Kieleckiego Obszaru Funkcjonalnego; miasto Kielce lub gminy: Chęciny, Chmielnik, Daleszyce, Morawica, Pierzchnica, Górno, Mastów, Miedziana Góra, Piekoszów, Nowiny (Sitkówka), Strawczyn, Zagnańsk (woj. świętokrzyskie). Zgodnie z Kodeksem cywilnym Art. 25. miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.
5. Oświadczam, że korzystam w pełni z praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
6. Oświadczam, że będę uczestniczył(-a) we wszystkich formach wsparcia w projekcie określonych w Indywidualnej Ścieżce Reintegracji, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Fundację Możesz Więcej.
7. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby projektu.
8. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o obowiązku przekazania Fundacji Możesz Więcej informacji dot. mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, tj. statusu na rynku pracy, informacji na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.
9. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a) o obowiązku przekazania Fundacji Możesz Więcej informacji dot. mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie, tj. dokumentów dotyczących poprawy mojej sytuacji społecznej w terminie do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie (np. zaświadczenie o podjęciu nauki/wolontariatu/terapii uzależnień, opinia psychologa/terapeuty/pracownika socjalnego).
10. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z projektem drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
11. Oświadczam, że zostałem(-am) poinformowany(-a), że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.



Fundusze Europejskie  
dla Świętokrzyskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO  
ŚWIĘTOKRZYSKIE

12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu pn. „Szansa na lepsze!” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz 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 (RODO).

**Świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.**

.....  
**data i podpis Kandydata / Kandydatki**

Projekt „Szansa na lepsze!” współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 – 2027,  
Priorytet: FESW.09 - Usługi społeczne i zdrowotne, Działanie: FESW.09.01 -Aktywna integracja społeczna i zawodowa



**Fundacja Możesz Więcej**, Biuro Projektu: ul. K. Szynamowskiego3/58, 25-361 Kielce, tel. 577 999 321,  
536 330 799





## INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

### DO PROJEKTU PN. „Szansa na lepsze!”

współfinansowanego przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021 – 2027

Złożenie formularza rekrutacyjnego stanowi pierwszy etap rekrutacji do projektu pn. „Szansa na lepsze!”. Złożony formularz rekrutacyjny jest oceniany przez kadrę projektu zgodnie z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pod kątem spełniania przez Kandydata / Kandydatkę kryteriów formalnych i premiujących do udziału w projekcie.

Przed przystąpieniem do rekrutacji należy zapoznać się z ww. Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Szansa na lepsze!”.

#### INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA FORMULARZA:

1. Należy podać wszystkie wymagane dane w formularzu rekrutacyjnym lub wpisać „nie dotyczy” we właściwych polach.
2. Dopuszczalne jest pozostawienie pustych miejsc, jeśli miejsce zamieszkania nie posiada numeracji lokalu.
3. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (najlepiej drukowanymi literami).
4. Odpowiedzi na pytania w formularzu należy zaznaczyć znakiem X we właściwych polach.
5. Brak wymaganego własnoręcznego podpisu pod oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat / Kandydatka zostanie poinformowany(-a) o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.
6. Formularz rekrutacyjny wraz z innymi dokumentami należy dostarczyć osobiście/pocztą/kurierem do biura projektu w jednym podpisanym egzemplarzu papierowym. Możliwe jest przesłanie podpisanego formularza oraz innych dokumentów za pośrednictwem e-maila. W tym przypadku należy dostarczyć papierowy egzemplarz formularza oraz pozostałe dokumenty do biura projektu najpóźniej w dniu pierwszego spotkania z doradcą zawodowym w celu opracowania ISR.