



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	„Szansa na sukces”	Nr projektu	FEWP.06.10-IP.01-0021/25
Data wpływu		Podpis osoby przyjmującej formularz	

Projekt realizowany przez

Akademia Języków Obcych Easy English Monika Bartkowiak

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu:

Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027

DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI

Imię/Imiona:					
Nazwisko:				Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Data urodzenia:			Wiek aktualny:		
Pesel:			Miejsce urodzenia:		
Adres zamieszkania					
Miejscowość:			Kod pocztowy:		
Ulica:					
Numer domu:		Numer lokalu:		Powiat:	
Województwo:	Wielkopolskie		Gmina:		
Adres e-mail:			Telefon kontaktowy:		
Obywatelstwo:	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatele kraju spoza UE				

Adres korespondencyjny (o ile jest inny niż zamieszkania)

Miejscowość:			Kod pocztowy:		
Ulica:			Nr domu, lokalu:		



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu):

ISCED 0-Brak	☐	ISCED 2 Gimnazjalne	☐	ISCED 4 Policealne	☐
ISCED 1 Podstawowe	☐	ISCED 3 Ponadgimnazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa)	☐	ISCED 5-8 Wyższe	☐

KRYTERIA FORMALNE - obligatoryjne

(należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):

TAK

NIE

A. Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia (właściwe zaznaczyć „X”):

☐ **bierną zawodowo, w tym** (jako załącznik przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowania z Platformy Usług Elektronicznych (PUE ZUS)*):

- ☐ osobą uczącą się
- ☐ osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu
- ☐ inne

z powodu:

- ☐ niepełnosprawności
- ☐ choroby
- ☐ pełnienia ról opiekuńczych

☐

☐

WYJAŚNIENIE:

osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.:

a) studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące;

b) dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierający naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących;

c) doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie. W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą należy traktować go jako osobę pracującą. W przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, należy go wykazywać we wskaźniku dotyczącym osób bezrobotnych.

B. PRZESŁANKI WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO – MINIMUM 2 WYMAGANE

Oświadczam, że spełniam minimum dwie (2) przesłanki wykluczenia społecznego kwalifikujące mnie do udziału w projekcie.

(Należy zaznaczyć co najmniej 2 pola łącznie z części B1 i/lub B2.)

B1. Przesłanki wynikające z art. 7 ustawy o pomocy społecznej

(należy zaznaczyć co najmniej jedną przesłankę)

- ☐ ubóstwo
- ☐ bezrobocie

☐

☐



☐ niepełnosprawność ☐ długotrwała lub ciężka choroba ☐ bezradność w prowadzeniu gospodarstwa domowego i/lub w sprawach opiekuńczo-wychowawczych (w tym z powodu opieki nad dziećmi/osobą starszą/osobą chorą/osobą z niepełnosprawnością) ☐ przemoc domowa ☐ potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności ☐ zdarzenie losowe lub sytuacja kryzysowa B2. Przestanki zgodne z założeniami projektu ☐ korzystam z programu FE PŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021–2027) ☐ mieszkam na obszarze wykluczonym komunikacyjnie ☐ posiadam orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐ jestem osobą oddaloną od rynku pracy z powodu: ☐ wypalenia zawodowego ☐ utraty kompetencji ☐ utraty motywacji ☐ pozostaję bierna zawodowo z powodu obowiązków rodzinnych (opieka nad dziećmi, osobą starszą, osobą z niepełnosprawnością) ☐ jestem osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ☐ jestem członkiem gospodarstwa domowego opiekującym się osobą zależną		
C. Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą wg (KC) w województwie wielkopolskim (Miejsce zamieszkania potwierdzają: dowolny dokument zawierający aktualny adres, taki jak np. rachunek za media, umowa najmu, pismo z urzędu, zaświadczenie z OPS/gminy lub pierwsza strona deklaracji PIT.)	☐	☐
D. Oświadczam, że na dzień składania formularza rekrutacyjnego mam ukończone co najmniej 18 lat.	☐	☐
E. PRZYNALEŻNOŚĆ DO KATALOGU UPRAWNIONYCH OSÓB Oświadczam, że należę do co najmniej jednej z poniższych grup kwalifikowanych do wsparcia: ☐ osoba bierna zawodowo z powodu: niepełnosprawności / stanu zdrowia / obowiązków rodzinnych ☐ osoba spełniająca co najmniej jedną przesłankę z art. 7 ustawy o pomocy społecznej ☐ osoba określona w ustawie o zatrudnieniu socjalnym ☐ osoba przebywająca lub opuszczająca pieczę zastępczą ☐ rodzina przeżywająca trudności opiekuńczo-wychowawcze ☐ osoba nieletnia zagrożona demoralizacją lub objęta resocjalizacją ☐ osoba opuszczająca MOW / MOS / okręgowe ośrodki wychowawcze	☐	☐



☐ osoba z niepełnosprawnościami ☐ opiekun osoby zależnej ☐ osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ☐ osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej (np. DPS) ☐ osoba w kryzysie bezdomności / zagrożona bezdomnością ☐ osoba odbywająca karę pozbawienia wolności / objęta dozorem elektronicznym ☐ osoba korzystająca z FE PŻ ☐ osoba należąca do społeczności marginalizowanych (np. Romowie) ☐ osoba objęta ochroną czasową w Polsce ☐ inne (jakie?):		
KRYTERIA PREMIUJĄCE - fakultatywne <i>(należy zaznaczyć „X” we właściwym polu):</i>	TAK	NIE
Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością <i>(Jako załącznik przedkładam orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia zgodnie z Ust. z 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu ON/Ustawę z 19.08.1994r.o ochronie zdrowia psychicznego) +2pkt</i>	☐	☐
Oświadczam, iż jestem osobą korzystającą z FEPŻ +2pkt		
Oświadczam, iż jestem osobą opiekującą się osobą zależną +2 pkt	☐	☐
Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo powyżej 2 lat +2 pkt	☐	☐
Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą na obszarach wykluczonych komunikacyjnie +2pkt: - Okonek, Zakrzewo, Krajenka – powiat złotowski - Szydłowo, Wyrzysk, Białośliwie – powiat pilski - Krzyż Wielkopolski, Drawsko – powiat czarnkowsko-trzcianecki - Międzychód, Sieraków, Chrzypsko Wielkie – powiat międzychodzki - Wronki, Obrzycko (gm. wiejska), Ostroróg, Pniewy, Duszniki – powiat szamotulski - Lwówek, Kuślin, Miedzichowo, Zbąszyń – powiat nowotomyski - Grodziski Wielkopolski, Rakoniewice, Wielichowo, Granowo – powiat grodziski - Kościan (gm. wiejska), Śmigiel – powiat kościański - Brodnica, Dolsk – powiat śremski - Osieczna, Lipno, Świąciechowa – powiat leszczyński - Borek Wielkopolski, Pogorzela – powiat gostyński - Rawicz – powiat rawicki - Rogoźno – powiat obornicki - Rozdrażew, Kobylin – powiat krotoszyński - Perzów, Bralin – powiat kępiński - Ostrzeszów, Czajków – powiat ostrzeszowski	☐	☐



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

- Szczytniki, Koźminek, Lisków – powiat kaliski - Malanów – powiat turecki - Nowe Miasto nad Wartą – powiat średzki - Kołaczkowo, Września, Nekla – powiat wrzesiński - Mieleszyn, Łubowo, Niechanowo, Witkowo – powiat gnieźnieński - Skulsk, Wierzbiniek, Kramsk – powiat koniński - Babiak, Przedecz, Chodów, Olszówka – powiat kolski		
---	--	--

FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB		<u>Nie</u> <u>zgłaszam</u> specjalnych potrzeb lub <u>nie dotyczy</u>
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		☐
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 godz. zajęć do potrzeb UP:		
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością:		
Inne:		



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus) (należy zaznaczyć „X” we właściwym polu)	TAK	NIE	ODMAWIAM PODANIA DANYCH
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane). Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska.	☐	☐	n. d.
Jestem osobą obcego pochodzenia. To każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów.	☐	☐	n. d.
Jestem osobą państwa trzeciego. Zalicza się tu osoby, które są obywatelami krajów spoza UE, bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. i osoby bez ustalonego obywatelstwa.	☐	☐	n. d.
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	☐	☐	n. d.
Jestem osobą z niepełnosprawnościami Osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994 nr 111, poz. 535), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.	☐	☐	☐

DODATKOWE OŚWIADCZENIA:

Oświadczam że:

- zgłaszam dobrowolną chęć udziału w Projekcie „Szansa na sukces” nr FEWP.06.10-IP.01-0021/25
- Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagane kryteria formalne udziału w projekcie „Szansa na sukces”, tj. jestem osobą pełnoletnią, bierną zawodowo, zamieszkuję na terenie województwa wielkopolskiego oraz spełniam co najmniej dwie przesłanki wykluczenia społecznego. Oświadczam również, że wszystkie dane podane w formularzu są zgodne z prawdą,
- zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy/-a możliwości wprowadzania w nim zmian,
- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych,
- na dzień wypełniania formularza rekrutacyjnego **nie uczestniczę** w żadnym innym Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej oraz mam świadomość, że do dnia zakończenia udziału w projekcie „Szansa na sukces” nie mogę rozpocząć udziału w innym Projekcie współfinansowanym z UE,
- przynależę do grupy docelowej projektu określonej w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa
- przedstawione przeze mnie w Formularzu rekrutacyjnym oraz załączniku do Formularza rekrutacyjnego dane osobowe oraz adres zamieszkania są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień przystąpienia do projektu „Szansa na sukces”.
- jestem świadomy/a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO

weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem zgodności z prawdą,

- zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **Akademia Języków Obcych Easy English Monika Bartkowiak** są administratorami danych wpisanych przeze mnie do niniejszego formularza oraz załącznika. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez **Akademia Języków Obcych Easy English Monika Bartkowiak** 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),
- dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służę mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania,
- zostałem/-am poinformowany/a, że **Akademia Języków Obcych Easy English Monika Bartkowiak** zapewniają 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),
- zapoznałem/łam się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia 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,
- **wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez **Akademia Języków Obcych Easy English Monika Bartkowiak**. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego,
- **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,**
- mam świadomość, iż złożenie formularza do udziału w Projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie,
- w przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będą wnosili/a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń do Realizatora Projektu,
- mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsce zamieszkania/przebywania.

Data, Miejscowość	Czytelny Podpis



Fundusze Europejskie
dla Wielkopolski

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SAMORZĄD
WOJEWÓDZTWA
WIELKOPOLSKIEGO