Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

FUNDACJA LEONIS

FORMULARZ REKRUTACYJNY:
DANE UCZESTNIKA PROJEKTU dotyczące udziału w projekcie pn. „Wspieramy aktywność osób z niepełnosprawnościami - edycja 1”

Data złożenia dokumentów rekrutacyjnych	
Data kwalifikacji do projektu *(wypełnia Beneficjent projektu)*	

Imię					
Nazwisko					
Płeć	☐ **Kobieta**		☐ **Mężczyzna**		
Data urodzenia					
Numer PESEL (11 cyfr) – jeśli dotyczy			**Kandydat w chwili wypełniania formularza jest w wieku od 18 lat do wieku emerytalnego**	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Zamieszkuje województwo świętokrzyskie	☐ **TAK**	☐ **NIE**	**Kandydat w chwili wypełniania formularza posiada status na rynku pracy osoby: nieaktywnej zawodowo lub poszukujący pracy niezatrudniony/a lub bezrobotny**	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Stopień niepełnosprawności	☐ **Lekki**		☐ **Umiarkowany**	☐ **Znaczny**	

Wykształcenie	☐ **Zajęcia rewalidacyjne**	☐ **Niepełne podstawowe**	☐ **Podstawowe**	☐ **Gimnazjalne**
	☐ **Zawodowe**	☐ **Średnie**	☐ **Policealne**	☐ **Wyższe**

Uczestnictwo w WTZ	☐ **Absolwent WTZ**	☐ **Uczestnik WTZ**	☐ **Brak uczestnictwa w WZT**

Sprawowanie opieki nad dzieckiem	☐ **TAK**	☐ **NIE**
Brak doświadczenia zawodowego lub doświadczenie zawodowe krótsze niż 3 lata	☐ **TAK**	☐ **NIE**

DANE TELEADRESOWE		
Kod pocztowy		
Miejscowość zamieszkania		
Obszar zamieszkania	☐ **Wiejski**	☐ **Miejski**
Ulica		
Numer domu		
Numer lokalu		

Powiat	
Gmina	
Województwo	
Numer telefonu kontakt	
E-mail *(jeśli posiada)*	

PROSZĘ O ZAZNACZENIE INFORMACJI DOTYCZĄCYCH PANA/PANI SYTUACJI W MOMENCIE REKRUTACJI DO PROJEKTU – możliwy jest wybór kilku opcji:

OŚWIADCZAM, ŻE:	
☐	**JESTEM OSOBĄ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆIĄ, ze schorzeniami:**[1]
☐	narządu ruchu
☐	narządu wzroku
☐	narządu słuchu
☐	choroby psychiczne
☐	ogólny stan zdrowia
☐	niepełnosprawność sprzężona
☐	autyzm
☐	inne
☐	**JESTEM OSOBĄ BIERNĄ ZAWODOWO**, tzn. nie pracuję, nie jestem zarejestrowany(a) w Urzędzie Pracy i nie poszukuję pracy.
☐	**JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ NIEZAREJESTROWANĄ W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY**, tzn. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia[2].
☐	**JESTEM OSOBĄ BEZROBOTNĄ ZAREJETSROWANĄ W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY**, tzn. osobą pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie

	poszukującą zatrudnienia, zarejestrowaną w Urzędzie Pracy.
□	**JESTEM OSOBĄ PRACUJĄCĄ**

[1] Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. *o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych*, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

[2] Za osobę bezrobotną uznaje się osobę pozostającą bez pracy, gotową do podjęcia pracy i aktywnie poszukującą zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, osoba zarejestrowana jako bezrobotna jest zaliczana do osób bezrobotnych. Osobą bezrobotną jest zarówno osoba bezrobotna w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoba zarejestrowana jako bezrobotna. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoba kwalifikująca się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, która jest bezrobotna w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobiera świadczeń z tytułu urlopu), jest również osobą bezrobotną.

PONADTO OŚWIADCZAM RÓWNIEŻ, ŻE:

1. Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnoprawnych.
2. Zapoznałem/łam się i akceptuję Regulamin udziału w projekcie realizowanym w ramach Umowy nr UM/PW9/2025/3/O_SWIETOKRZYSKIE/10485 o zlecenie realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnienia osób niepełnosprawnych
3. Mam świadomość, że jestem zobowiązana/y do aktywnego udziału we wszystkich oferowanych w projekcie formach wsparcia.
4. Nie przerwę uczestnictwa w projekcie bez ważnych powodów.
5. Wyrażam zgodę na publikację zdjęć/nagrań audiowizualnych z projektu z moim udziałem na stronie internetowej Realizatora projektu oraz w innych materiałach promujących ww. projekt.
6. Zobowiązuje się do przekazania informacji dotyczącej sytuacji zawodowej po zakończeniu udziału w projekcie.

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne oraz, że zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego informowania o każdej ich zmianie podczas udziału w projekcie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od jej zaistnienia.

……..…..…….……

DATA I CZYTELNY, PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU

UWAGA:

Do FORMULARZA REKRUTACYJNEGO należy obligatoryjnie załączyć najpóźniej w dniu przystąpienia do projektu aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie równoważne, tj. orzeczenie lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub orzeczenie o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów.