



NIE WYPEŁNIAĆ!

Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY FIZYCZNEJ

DO PROJEKTU „Przez WTZ do zatrudnienia IV”

Należy uzupełnić wszystkie **niezaciemnione pola formularza** rekrutacyjnego oraz podpisać

DEKLARACJĘ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE oraz OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Tytuł projektu:	Przez WTZ do zatrudnienia IV
Nr projektu:	RPKO.09.02.01-04-0042/21
Nazwa i numer Osi Priorytetowej:	Oś Priorytetowa IX
Nazwa i numer Działania:	Działanie 9.2 "Włączenie społeczne"
Nazwa i numer Poddziałania:	Poddziałanie 9.2.1. "Aktywne włączenie społeczne"

I. DANE UCZESTNIKA/KI – INDYWIDUALNI I PRACOWNICY INSTYTUCJI/PODMIOTÓW											
Imię/Imiona											
Nazwisko											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna										
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe										
Kraj	POLSKA			Województwo			Kujawsko-Pomorskie				
Powiat	<input type="checkbox"/> m. Bydgoszcz <input type="checkbox"/> bydgoski <input type="checkbox"/> nakielski <input checked="" type="checkbox"/> sępoleński <input type="checkbox"/> tucholski										
Gmina				Miejscowość							
Ulica				Numer budynku			Numer lokalu				
Kod pocztowy											
Telefon kontaktowy					E-mail						





<input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; <input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; <input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; <input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, <input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej. <input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; <input type="checkbox"/> inne (jakie).....	
---	--

Miejscowość, data

Czytelny podpis uczestnika/ki projektu ✓

DANE DODATKOWE – NIE WYPEŁNIAĆ

Rodzaj przyznanego wsparcia	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Zakończenie udziału we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia
Dodatkowe informacje	
Data zakończenia udziału w projekcie	



Informacje dodatkowe niezbędne dla oceny rekrutacyjnej:

1. Samotny rodzic: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
2. Bezdomny/a i realizujący/a indywidualny program wychodzenia z bezdomności:
tak/nie(niewłaściwe skreślić)
3. Uzależniony/a od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego lub uzależniony/a od narkotyków lub in. śr. odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w ZOZ: tak/nie(niewłaściwe skreślić)
4. Długotrwale bezrobotny/a: tak/nie(niewłaściwe skreślić)
5. Trudności w integracji ze środowiskiem: tak/nie(niewłaściwe skreślić)
6. Uchodźca realizujący indywidualny program integracji: tak/nie (niewłaściwe skreślić)
7. Mieszkaniec terenów rewitalizowanych: tak/nie(niewłaściwe skreślić)

Miejscowość, data

Czytelny podpis uczestnika/ki projektu ✓

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Orzeczenie o niepełnosprawności (kopia potwierdzona „ za zgodność z oryginałem”)
2. Zaświadczenie o udziale w POPŻ
3. Zaświadczenie z PUP o statusie osoby bezrobotnej z III profilu pomocy
4. Zaświadczenie z Poradni Leczenia Uzależnień (PLU)
5. Zaświadczenie z OPS o samotnym rodzicielstwie
6. Zaświadczenie z OPS o bezdomności
7. Zaświadczenie z OPS o trudnościach w integracji ze środowiskiem
8. Zaświadczenie z PUP o długotrwałym bezrobociu

