Załącznik nr 1

ANKIETA REKRUTACYJNA

do projektu **„Fenix II – Na Skrzydłach Aktywności”**

**Szanowni Państwo**

Aby przystąpić do projektu należy wypełnić poniższą ankietę rekrutacyjną i złożyć ja w PCPR w Myślenicach w danym roku, w okresie naboru.

Dane osobowe i informacje zbierane w trakcie rekrutacji są przetwarzane wyłącznie w celach wynikających z realizacji projektu „Fenix II – Na Skrzydłach Aktywności”.

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych jest warunkiem niezbędnym udziału w projekcie.

**Przekazane dane osobowe w pierwszej kolejności posłużą kwalifikacji osób do udziału w projekcie i dlatego będzie sprawdzana ich poprawność. W przypadku braku odpowiedzi w ankiecie, błędnego oznaczenia pozycji lub wątpliwości przy weryfikacji, podane informacje będą wyjaśniane z osobą wskazaną w ankiecie.**

**Proszę się nie stresować przy wypełnieniu ankiety.**

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA ANKIETY

* **Proszę wszystkie pola wypełnić czytelnie, najlepiej drukowanymi literami**
* **W miejscu wyboru, proszę zaznaczyć „X” w wybranym polu [ ],**
* **Proszę złożyć czytelny podpis**
* **Osoby niepełnosprawne proszę są o załączenie kopii orzeczenia o niepełnosprawności**

ANKIETA REKRUTACYJNA

do projektu **„Fenix II – Na Skrzydłach Aktywności”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp** | **DANE OSOBOWE KANDYDATA** |
| 1 | **IMIĘ (IMIONA):**………………………………………………………………… | **NAZWISKO:**……………………………………………………………………… |
| 2 | **Płeć: KOBIETA [ ]**  **MĘŻCZYZNA [ ]** | **PESEL:**……………………………………………………………… |
| 3 | **ADRES ZAMIESZKANIA****ulica, nr domu/nr lokalu** …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**kod pocztowy,** ………………………………………  **miejscowość** …………………………………………………………………… |
| **4** | **Powiat myślenicki [ ] TAK [ ] NIE**  |  |
| 5 | **Telefon stacjonarny** ………………………………………………………………………………………………………………………………**Telefon komórkowy** ………………………………………………………………………………………………………………………………**Adres poczty elektronicznej (e-mail)** …………………………………………………………………………………………………Należy podać wszystkie numery telefonu i adres mailowy (jeżeli uczestnik posiada), który umożliwią dotarcie do tej osoby w przypadku kiedy zostanie ona wylosowana do udziału w badaniu ewaluacyjnym. |
| **6** | **DATA ZŁOŻENIA ANKIETY****(wypełnia pracownik PCPR)** | data |

|  |
| --- |
| **WYKSZTAŁCENIE** – zaznacz **JEDNĄ POZYCJĘ (**właściwy status) |
| 3 |  [ ] **WYKSZTAŁCENIE NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE – (**ISCED 0) |
|  [ ] **PODSTAWOWE– (**ISCED 1) - Kształcenie **ukończone** na poziomie szkoły podstawowej |
|  [ ] **GIMNAZJALNE** **– (**ISCED 2)- kształcenie **ukończone** na poziomie szkoły gimnazjalnej |
|  [ ] **PONADGIMNAZJALNE** **– (**ISCED 3)- Kształcenie **ukończone** na poziomie szkoły średniej |
|  [ ] **POLICEALNE** **– (**ISCED 4)- Kształcenie **ukończone** na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym. |
|  [ ] **WYŻSZE** **– (**ISCED 5)- Pełne i **ukończone** wykształcenie na poziomie wyższym. |
| **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY** – zaznacz **JEDNĄ POZYCJĘ** (właściwy status) |
| *10* | **[ ] OSOBA BEZROBOTNA ZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY** **w tym [ ] OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA –** zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy - - Młodzież ) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy) - Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy **[ ] OSOBA BEZROBOTNA NIEZAREJESTROWANA W EWIDENCJI URZĘDÓW PRACY****[ ] OSOBA BIERNA ZAWODOWO -** To osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m.in. studentów studiów stacjonarnych**w tym [ ] OSOBA UCZĄCA SIĘ –** uczestniczy w kształceniu formalnym**[ ] OSOBA PRACUJĄCA -** Osoba prowadząca działalność na własny rachunek – prowadząca działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - jest również uznawana za pracującą, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków: 1) Osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków. 2) Osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (na przykład: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach). 3) Osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności. Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek” |
| Wykonywany zawód |
| Zatrudniony w (nazwa instytucji/przedsiębiorstwa) |
|  **Dodatkowe pozycje do wypełnienia przez osoby zatrudnione** **[ ] OSOBA ZATRUDNIONA W PRZEDSIĘBIORSTWIE -** Podmiocie prowadzący działalność gospodarczą bez względu na jego formę prawną. Do podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą zalicza się również przedsiębiorstwo spółdzielcze i przedsiębiorstwo ekonomii społecznej.**w tym [ ] ZATRUDNIONA W MIKROPRZEDSIĘBIORSTWIE -** Przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 10 pracowników, którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekraczają 2 milionów EUR. W kategorii mikroprzedsiębiorstwa należy uwzględnić również osoby prowadzące działalność na własny rachunek.**w tym [ ] ZATRUDNIONA W MAŁYM PRZEDSIĘBIORSTWIE -** Przedsiębiorstwo zatrudniające mniej niż 50 pracowników, którego roczny obrót i/lub roczna suma bilansowa nie przekraczają 10 milionów EUR**w tym [ ] ZATRUDNIONA W ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWIE -** Przedsiębiorstwa, które zatrudniają mniej niż 250 pracowników, których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR i/lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR**w tym [ ] ZATRUDNIONA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE -** Oznacza przedsiębiorstwo, które nie kwalifikuje się do żadnej z ww. kategorii przedsiębiorstwa**w tym [ ] ZATRUDNIONA W ADMINISTRACJI PUBLICZNEJ -** Oznacza osobę zatrudnioną w administracji rządowej i samorządowej oraz w ich jednostkach organizacyjnych |
|  |
| **STATUS ŻYCIOWY UCZESTNIKA** – zaznacz **KAŻDĄ WŁAŚCIWĄ POZYCJĘ** (właściwy status) |
| 3 |  **[ ]** **MIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA, MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ** |
|  **[ ]** **OSOBA 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 |
|  **[ ] OSOBY BEZDOMNE LUB DOTKNIĘTE WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ** -  |
|  **[ ] OSOBY ŻYJĄCE W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH BEZ OSÓB PRACUJĄCYCH** - Gospodarstwo domowe bez osób pracujących - gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje; wszyscy członkowie są albo bezrobotni albo bierni zawodowo. Gospodarstwo domowe to jednostka (ekonomiczna, społeczna): - posiadająca wspólne zobowiązania - dzieląca wydatki domowe lub codzienne potrzeby - wspólnie zamieszkująca. Gospodarstwo domowe to zarówno osoba zamieszkująca samotnie, jak również grupa ludzi (niekoniecznie spokrewniona) mieszkająca pod tym samym adresem wspólnie prowadząca dom np. mająca przynajmniej jeden wspólny posiłek dziennie lub wspólny pokój dzienny. Kategoria obejmuje aktualną sytuację uczestnika lub - w przypadku braku informacji - sytuację z roku poprzedzającego moment rozpoczęcia udziału w projekcie.**w tym [ ] Osoby żyjące w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu****w tym [ ] Osoby żyjące w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu**  |
|  |
| **[ ]** **OSOBA Z INNYCH GRUP W NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ** - Kategoria odnosi się do wszystkich grup uczestników w niekorzystnej sytuacji, takich jak osoby zagrożone wykluczeniem społecznym. Wskaźnik dotyczy cech powodujących niekorzystną sytuację społeczną, z wyłączeniem cech wykazanych we wskaźnikami dotyczących: osób z niepełnosprawnościami, migrantów, gospodarstw domowych bez osób pracujących, gospodarstw domowych bez osób pracujących z dziećmi na utrzymaniu, gospodarstwach domowych składających się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu. Ponadto nie należy wykazywać niekorzystnej sytuacji dot. płci, statusu na rynku pracy (np. długotrwałe bezrobocie), wieku lub osiągnięcia wykształcenia co najmniej na poziomie ISCED 1. Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej **należy zawsze uwzględniać** wskazane poniżej grupy: − osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, − byli więźniowie, − narkomani, − osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, − osoby z obszarów wiejskich. W przypadku, kiedy dana osoba zostaje uznana za znajdującą się w niekorzystnej sytuacji (np. z ww. powodu wykształcenia) jest jednocześnie np. osobą niepełnosprawną, należy ją wykazać w obu wskaźnikach (dot. niepełnosprawności oraz niekorzystnej sytuacji). Katalog cech włączających uczestnika do grupy znajdującej się w niekorzystnej sytuacji jest otwarty i przy zachowaniu powyższych wytycznych, w uzasadnionych przypadkach może zostać rozszerzony przez projektodawcę. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp | **INFORMACJE DODATKOWE** |  |
|  | 1. Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną (posiadającą ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)**lub osobą z zaburzeniami psychicznymi** (posiadającą ważne orzeczenie lekarskie lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)[ ] TAK [ ] NIE**Jeżeli tak, to proszę podać rodzaj i stopień niepełnosprawności, zgodnie z orzeczeniem/dokumentem,** oraz załączyć do ankiety kopię orzeczenia/dokumentu…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
|  | **2. Czy korzysta Pan/i z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa?**[ ] TAK [ ] NIE |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **3. Czy korzysta Pan/i ze świadczeń pomocy społecznej ? (**dotyczy każdej formy wsparcia, czyli świadczeń zarówno pieniężnych jak i niepieniężnych z PCPR, OPS, OIKiP, PFRON, sąd oraz innych świadczeń, w formie np. wsparcie pracowników, poradnictwo, konsultacje, pomoc psychologiczna ) [ ] TAK, korzystam ze świadczeń pieniężnych  [ ] TAK, korzystam z pomocy społecznej, innej niż świadczenia pieniężne [ ] NIE, nie korzystamJeżeli odpowiedź jest „tak”, to proszę wskazać powody korzystania z pomocy społecznej. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |
|  | **4. Czy znajduje się Pan/i w sytuacji życiowej wskazującej na potrzebę skorzystania z pomocy społecznej?**[ ] TAK [ ] NIEJeżeli tak, to proszę napisać z jakiej pomocy, lub w związku z jakimi trudnościami?…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |

Oświadczam, iż podane w ankiecie rekrutacyjnej dane osobowe są zgodne z prawdą, oraz że zostałam/łem pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

Data: ……………………………………… Podpis:………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO REKRUTACJI**

**JA NIŻEJ PODPISANY/A OŚWIADCZAM iż \*\*:**

1. Dane zawarte w Ankiecie Rekrutacyjnej są zgodne z prawdą,

2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych

z prawdą,

3. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Fenix II – Na Skrzydłach Aktywności”,

4. Należę do grupy osób uprawnionych do skorzystania ze wsparcia projektu zgodnie

z Regulaminem uczestnictwa w projekcie,

5. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Fenix II – Na Skrzydłach Aktywności”,

6. Jestem świadomy/a, że złożenie Ankiety rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PCPR w Myślenicach w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2015r. poz. 2135),

- czego potwierdzeniem jest zgoda na przetwarzanie danych osobowych załączona do ankiety.

8. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Fenix 2 – Na Skrzydłach Aktywności” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

\*\* W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane

również przez rodzica/opiekuna prawnego.

Załączniki:

 kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu pracownika PCPR)

 w przypadku osób pozostających w leczeniu z powodu występujących zaburzeń psychicznych a nie posiadających z tego tytułu orzeczenia o niepełnosprawności, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj schorzenia, wydane przez lekarza specjalistę.

…..……………………………………… ……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS*

……………………………………………

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO (jeśli dotyczy)

**Skrót regulaminu § 6 Prawa i obowiązki uczestnika**

* + 1. Uczestnik/Uczestniczka projektu zobowiązuje się do:
1. udostępnienia danych osobowych niezbędnych do wypełnienia obowiązków sprawozdawczych;
2. korzystania z wybranych form wsparcia w ramach ścieżki reintegracyjnej;
3. niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację ścieżki reintegracyjnej, np. podjęcie pracy;
4. dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie wskaźnika efektywności społeczno-zatrudnieniowej, w tym potwierdzających podjęcie pracy do 3 miesięcy po zakończonym udziale w projekcie;
5. udziału w badaniach ewaluacyjnych i monitorujących prowadzonych przez Realizatora, jak i zleconych przez Instytucję Zarządzającą;
6. poddania się czynnościom kontrolnym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie z wybranych form wsparcia;
7. przestrzegania zasad niniejszego regulaminu;
8. przestrzegania regulaminów innych podmiotów, które realizują formy wsparcia;
9. wypełnienia innych zaleceń w zakresie realizowanych przez nich zadań projektowych.
	* 1. Uczestnik/Uczestniczka projektu ma prawo do:
10. udziału w zaplanowanych formach wsparcia;
11. zgłaszania uwag i wniosków co do realizowanych form wsparcia;
12. korzystania z materiałów szkoleniowych, jeśli zostały przewidziane dla danej formy wsparcia;
13. zakwaterowania w trakcie zajęć warsztatowych/szkoleniowych jeśli będzie przewidziany dla danej formy wsparcia;
14. otrzymania certyfikatów, zaświadczeń, świadectw potwierdzających uczestnictwo, zdany egzamin lub uzyskane kwalifikacje;
15. zwrotu innych, dodatkowych kosztów bezpośrednio związanych z udziałem w projekcie np. kosztów dojazdu na zajęcia, opieki nad dziećmi i osobami zależnymi, itp.

…..……………………………………… ……………………………………………

*MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS*

……………………………………………

PODPIS OPIEKUNA PRWNEGO (jeśli dotyczy)