



Załącznik nr 1 Formularz kwalifikacyjny do udziału w projekcie do REGULAMINU UCZESTNICTWA W PROJEKCIE “RODZICE W PRACY”

**FORMULARZ KWALIFIKACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
“RODZICE W PRACY” nr RPKP.08.04.01-04-0018/17**

WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU		
data wpływu:	godzina:	podpis przyjmującego:

UWAGA:

- Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny komputerowo lub odręcznie drukowanymi literami. Każdy punkt wniosku musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy proszę wpisać odpowiednio **BRAK lub NIE DOTYCZY**. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
- Formularz musi być kompletny, tj.: musi zawierać wszystkie strony, każde pole formularza musi być wypełnione, formularz musi być podpisany i parafowany na każdej stronie, która nie jest opatrzona podpisem.
- Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia na każdym etapie rekrutacji prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
- Kopie załączonych dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez Kandydata poprzez:
 - opatrzenie każdej strony kopii dokumentów klauzulą „Za zgodność z oryginałem”
 - opatrzone na pierwszej stronie klauzulą „Za zgodność z oryginałem od strony ...do strony...” wówczas strony należy ponumerować.
- Po wybraniu jednej z wyżej wymienionych klauzul Kandydat wpisuje aktualną datę oraz składa własnoręczny podpis.
- Podpisane dokumenty rekrutacyjne w formie papierowej, w zaklejonej kopercie opisanej zgodnie ze wzorem umieszczonym w Regulaminie, należy złożyć w **Biurze Projektu** zgodnie z zapisami w **regulaminie projektu**. Zastrzegamy, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

Oświadczenie Kandydata na Uczestnika projektu:

wyrażam/ nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym Formularzu kwalifikacyjnym przez realizatora projektu: “Rodzice w Pracy” w tym danych wrażliwych (zgodnie z art.6 ust.1 lit. a-c i art. 9 ust. 2 lit. a, f, g 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).

Celem zbierania i przetwarzania danych osobowych jest procedura rekrutacyjna (w tym ocena kwalifikowalności do udzielenia wsparcia w ramach projektu “Rodzice w pracy”; w celu monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WK-P 2014-2020). Administratorem moich danych osobowych jest firma Canvi s. c, A. Umińska, K. Kościukiewicz, ul. Dąbrowskiego 6, 87-100 Toruń. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich nie podania będzie brak możliwości uczestnictwa w procedurze rekrutacyjnej. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji .Moje dane osobowe nie będą



przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych. Mam prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem; Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

.....
(data i czytelny podpis Kandydata) **

*niewłaściwe skreślić

** W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Część A. Dotyczy wszystkich kandydatów

I. Dane personalne potencjalnego Uczestnika/czki projektu (Kandydata)

Imię/ Imiona			
Nazwisko			
Data urodzenia		
Miejsce urodzenia (miasto i województwo)		
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL:			

Adres zamieszkania (kryterium uczestnictwa) :			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	



Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> obszar miejski	<input type="checkbox"/> obszar wiejski	
Województwo:			

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):			
Ulica:			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy:	
Gmina:		Powiat:	
Rodzaj miejscowości:	<input type="checkbox"/> obszar miejski	<input type="checkbox"/> obszar wiejski	
Województwo:			

Telefon:	
Adres e-mail:	

Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie uzyskane wykształcenie tzn. najwyższe)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (poziom ISCED 1-poziom wykształcenia uzyskiwany w szkole podstawowej) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (poziom ISCED 2 - poziom wykształcenia uzyskiwany w gimnazjum) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3 - poziom wykształcenia uzyskiwany w liceum ogólnokształcącym, liceum profilowanym, technikum, zasadniczej szkole zawodowej) <input type="checkbox"/> Policealne (poziom ISCED 4 - poziom wykształcenia uzyskiwany w szkole policealnej) <input type="checkbox"/> Wyższe (poziom ISCED 5-8 - poziom wykształcenia uzyskiwany w szkole pomaturalnej; na studiach I stopnia (licencjackich, inżynierskich i
---	--



	kolegiach,) na studiach II stopnia (magisterskich); na studiach III stopnia (doktoranckich)
--	---

Kryterium uczestnictwa	
Informacje dotyczące dzieci, nad którymi osoba sprawuje opiekę	1. Data urodzeniawiek..... 2. Data urodzeniawiek..... 3. Data urodzenia wiek..... 4. Data urodzenia wiek.....
Jestem Rodzicem/ Opiekunem prawnym wychowującym dziecko/dzieci do lat 3	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

<p>Status Kandydata na rynku pracy (kryterium uczestnictwa)</p> <p>Proszę o zaznaczenie tylko jednej prawidłowej kategorii</p> <p>Szczegółowe definicje pojęć dotyczące statusu Kandydata na rynku pracy <u>znajdują się w Regulaminie</u></p>	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne), w tym osoby przebywające na urlopie wychowawczym <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna nie zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy lecz aktywnie pracy poszukująca i gotowa do podjęcia pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba zatrudniona, przebywająca na urlopie: a) <input type="checkbox"/> macierzyńskim data zakończenia urlopu/ planowany powrót do pracy b) <input type="checkbox"/> rodzicielskim data zakończenia urlopu/ planowany powrót do pracy
---	--



<p>W przypadku osób pracujących, proszę zaznaczyć X we właściwym miejscu</p>	<p><u>Osoba pracująca, w tym:</u></p> <p><input type="checkbox"/> w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> w MMSP (małe, mikro, średnie przedsiębiorstwo)</p> <p><input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> inna</p> <p><u>Wykonywany zawód:</u></p> <p><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji i integracji społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</p> <p><input type="checkbox"/> rolnik</p> <p><input type="checkbox"/> inny</p>
<p>Data planowanego objęcia dziecka do lat 3 opieką w formie: żłobka/ niani/ opiekuna dziecięcego/ klubu dziecięcego</p>	<p>Data:.....</p> <p>Forma opieki:.....</p>

<p>Czy jest Pan(i) osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?</p> <p>(Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski.)</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań?</p> <p>(okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>



<p>eksmisji, osoby zagrożone przemocą); Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nie nadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).</p>	
<p>Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami?</p> <p>(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 (Dz. U. 2016 poz. 2046 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2017 poz. 882 z późn. zm.), tj. Osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. Potwierdzeniem statusu osoby niepełnosprawnej w świetle przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych jest orzeczenie o niepełnosprawności. Natomiast osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej może przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię.)</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>- w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?</p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p>
<p>Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej. np. miejsce zamieszkania na terenach wiejskich jest zaliczane do innej niekorzystnej sytuacji)?</p> <p>a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym);</p> <p>b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;</p> <p>c) zwolniona z zakładu karnego;</p> <p>d) osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w): ubóstwa; sieroctwa; długotrwałej lub ciężkiej choroby; przemocy w rodzinie; potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 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: trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych</p> <p><u>e) osoba zamieszkała na terenach wiejskich</u></p>	<p>Tak <input type="checkbox"/></p> <p>Nie <input type="checkbox"/></p> <p>Odmawiam podania informacji <input type="checkbox"/></p>



Część B. Dotyczy osób pozostających na rynku pracy bez zatrudnienia (osoby bierne zawodowo/osoby bezrobotne)

Okres pozostawania poza rynkiem pracy	
---------------------------------------	--

Proszę wskazać jakie kroki zamierza Pan/Pani podjąć by powrócić na rynek pracy?			
Lp.	Planowany termin podjęcia poszczególnych działań (proszę podać termin w okresie maksymalnie kwartalnym)	Rodzaj podejmowanych działań	Warunki mogące wpłynąć na utrudnienia w realizacji działań w zaplanowanym terminie
1			
2			
3			

Część C. DODATKOWE KRYTERIA PREMIUJĄCE - Dotyczy wszystkich kandydatów

1. Kandydat/-tka do projektu ma adres zamieszkania na obszarach gmin, w których nie funkcjonowały placówki opieki nad dziećmi do lat 3 + 5 pkt.

Proszę **zaznaczyć X** w kratce obok **GMINY** w województwie kujawsko-pomorskim, której jest Pan/Pani mieszkańcem.

gm. Tuchola		gm. Bydgoszcz	
gm. Cekcyn		gm. Solec Kujawski	
gm. Sępólno Krajeńskie		gm. Toruń	
gm. Świecie		gm. Lubicz	
gm. Miasto Chełmno		gm. Obrowo	
gm. Miasto Grudziądz		gm. Miasto Golub-Dobrzyń	
gm. Gruta		gm. Kikół	
gm. Płużnica		gm. Gniewkowo	
gm. Miasto Brodnica		gm. Barcin	
gm. Miasto Chełmża		gm. Miasto Inowrocław	
gm. Nakło nad Notecią		gm. Aleksandrów Kujawski	



gm. Szubin		gm. Lipno	
gm. Białe Błota		gm. Włocławek	
gm. Osielsko		inna niż wymienione (w woj. kujawsko-pomorskim) należy wpisać nazwę tej gminy	

2. Kandydat/-tka do projektu jest osobą niepełnosprawną + 30 pkt.

Tak Nie

3. Kandydat/-tka do projektu ma niepełnosprawne dziecko + 10 pkt.

Tak Nie

4. Kandydat/-tka do projektu posiada wykształcenie max. średnie + 5 pkt.

Tak Nie

5. Kandydat/-tka do projektu jest rodzicem/opiekunem samotnie wychowujący dziecko + 5 pkt.

Tak Nie

6. Kandydat/-tka do projektu jest członkiem rodziny wielodzietnej (3 lub więcej dzieci) + 3 pkt.

Tak Nie

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że informacje zawarte w formularzu kwalifikacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
(data i czytelny podpis Kandydata/-tki) **

** W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Załączniki do formularza rekrutacyjnego:

Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem "X") dołączonych do Formularza Kwalifikacyjnego.

- Załączniki składane są w oryginale, notarialnie poświadczonej kopii albo w postaci urzędowo poświadczonego, zgodnie z art. 76a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego, odpisu lub wyciągu z dokumentu; mogą być składane także w postaci kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem



LP.	NAZWA DOKUMENTU	TAK	NIE	NIE DOTYCZY
1	Dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad dzieckiem - kopia aktu urodzenia dziecka			
2	Dokument potwierdzający niepełnosprawność rodzica/rodziców/opiekunów prawnych - kopia orzeczenia o niepełnosprawności (na podstawie przepisów Ustawy z 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) albo inny dokument, o którym mowa w Ustawie z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. W przypadku braku możliwości uzyskania innych dokumentów-oświadczenie. Osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej może przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię			
3	Dokument potwierdzający niepełnosprawność dziecka (dokumenty odpowiednio jw., w przypadku dzieci do lat 3 które nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności-oświadczenie rodziców)			
4	Oświadczenie rodzica potwierdzające samotne rodzicielstwo			
5	Oświadczenie rodziców/ opiekunów prawnych, potwierdzające fakt bycia rodziną wielodzietną (3. lub więcej dzieci)			
6	Zaświadczenie z zakładu pracy o aktualnym statusie (przebywaniu na urlopie macierzyńskim, rodzicielskim lub wychowawczym ze wskazaniem dat			
7	Oświadczenie osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w ewidencji Powiatowego Urzędu pracy			
8	Oświadczenie o statusie osoby bierniej zawodowo			
9	Zaświadczenie z Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna z uwzględnieniem statusu osoby długotrwale bezrobotnej			
10	Zaświadczenie/ decyzja potwierdzająca przyznane świadczenie rodzicielskie/ macierzyńskie (dotyczy osób niepracujących)			
11	Inne			