



Załącznik nr 1a – Formularz zgłoszeniowy: osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

**Formularz zgłoszeniowy:
osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

Data wpływu¹	
Nr ewidencyjny²	
Formularz poprawny formalnie³	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy Kandydat kwalifikuje się do udziału w projekcie⁴?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Tytuł projektu	„Szansa na godne życie w subregionie wałbrzyskim objętym interwencją FST”
Numer projektu	FEDS.09.01-IP.02-0055/23
Nazwa Programu Operacyjnego	Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 Fundusz na rzecz Sprawiedliwej Transformacji
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Priorytet 9 Fundusze Europejskie na rzecz transformacji obszarów górniczych na Dolnym Śląsku Działanie 9.1 Transformacja społeczna
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny Plus oraz budżet państwa
Nazwa Beneficjenta	Projekt realizowany jest przez Sudecką Izbę Przemysłowo-Handlową w Świdnicy w partnerstwie z Fundacją Kobe, Europea East Spółka Z Ograniczoną Odpowiedzialnością, Stowarzyszenie „Centrum Wspierania Przedsiębiorczości”

¹ Wypełnia Realizator Projektu

² j.w.

³ j.w.

⁴ j.w.



I	Dane Podstawowe	1.	Imię/Imiona	
		2.	Nazwisko	
		3.	PESEL	
		4.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
		5.	Data urodzenia	
II	Adres zamieszkania ⁵	1.	Ulica	
		2.	Nr domu	
		3.	Nr lokalu	
		4.	Miejscowość	
		6.	Kod pocztowy	
		7.	Powiat	
		8.	Gmina	
		9.	Województwo	
III	Dane kontaktowe	1.	Numer telefonu kontaktowego	
		2.	Adres e-mail	
IV	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) <input type="checkbox"/> wyższe		
V	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów pracy ⁶ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy ⁷ <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ⁸		

⁵ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (KC). W projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby zamieszkujące w rozumieniu KC obszar subregionu wałbrzyskiego objęty wsparciem FST.

⁶ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

⁷ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS/PUP.

⁸ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.



		<input type="checkbox"/> osoba pracująca
VI	Status osoby posiadającej status osoby z niepełnosprawnościami ⁹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
VII	Status osoby znajdującej się w szczególnej sytuacji na rynku pracy	<input type="checkbox"/> jestem osobą znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy ¹⁰ <input type="checkbox"/> nie jestem osobą znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy
VIII	Status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ¹¹	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
IX	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
X	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem bez dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
XI	Specjalne potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> tak (krótki opis) <input type="checkbox"/> nie
XI Oświadczenia		
1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza zgłoszeniowe są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.		

⁹ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. 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. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

¹⁰ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć oświadczenie o znajdowaniu się w szczególnej sytuacji na rynku pracy.

¹¹ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.



2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie nr FEDS.09.01-IP.02-0055/23 pn. „Szansa na godne życie w subregionie wałbrzyskim objętym interwencją FST” oraz z załącznikami do ww. regulaminu i w pełni akceptuję jego warunki.

Data...../...../.....r.

(podpis)

W załączeniu przedkładam (jeśli dotyczy):

- Zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej /biernej– załącznik 1
- Oświadczenie o znajdowaniu się w trudnej sytuacji na rynku pracy – załącznik 2
- Oświadczenie uczestnika projektu o statusie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – załącznik 3
- Zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej
- Kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności – orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia
- inne _____



Załącznik 1 zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej/biernej zawodowo

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w.....

.....
Miejscowość i data

ZAŚWIADCZENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaświadcza, że Pan/Pani.....
PESEL..... na dzień wystawienia zaświadczenia¹:

- a) nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych²,
- b) podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym jako pracownik i jednocześnie w okresie do..... przebywał/a na urlopie wychowawczym (według raportów rozliczeniowych z ostatniego okresu, za który płatnik składek miał obowiązek przekazania dokumentów do ZUS),
- c) podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym od dnia³ z tytułu.....⁴

Cel wydania zaświadczenia: *potwierdzenie statusu osoby bezrobotnej/biernej zawodowo w związku z ubieganiem się o wsparcie w projekcie współfinansowanym ze środków Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji.*

¹ Należy wskazać jednoznacznie tylko jeden podpunkt poprzez skreślenie pozostałych.

² (Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.)

³ Należy wypełnić wyłącznie w przypadku, jeżeli istnieje aktualny tytuł do ubezpieczeń społecznych wskazany w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych

⁴ Należy wskazać jeden z tytułów wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Podpunktu c) nie należy wypełniać jeżeli został wypełniony podpunkt b).



Załącznik 2 – oświadczenie o znajdowaniu się w trudnej sytuacji na rynku pracy

OŚWIADCZENIE O ZNAJDOWANIU SIĘ W SZCZEGÓLNEJ SYTUACJI NA RYNKU PRACY

Ja, niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

PESEL:.....

zamieszkały/a:.....

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy

oświadczam,

że jestem osobą znajdującą się w szczególnej sytuacji na rynku pracy z uwagi na to, że jestem osobą:

- bezrobotną do 25 roku życia;
- bezrobotną długotrwale;
- bezrobotną powyżej 50 roku życia;
- bezrobotną bez kwalifikacji zawodowych;
- bezrobotną samotnie wychowującą co najmniej jedno dziecko do 7 roku życia;
- bezrobotną niepełnosprawną.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis



Załącznik 3 – oświadczenie uczestnika projektu o statusie osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O STATUSIE OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W
CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU¹**

Ja, niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

PESEL:.....

zamieszkały/a:.....

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikające z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajanie prawdy

oświadczam,

że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na:

- wiek,
- stan zdrowia
- niepełnosprawność

i wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....

miejsowość, data

.....

czytelny podpis

¹ Do formularza należy załączyć zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.