



Załącznik nr 1c – Formularz zgłoszeniowy: kandydat na asystenta osobistego OzN oraz kandydat na opiekuna osoby potrzebującej wsparcia w codziennym

Formularz zgłoszeniowy:

Kandydat na asystenta osobistego OzN lub kandydat na opiekuna osoby potrzebującej 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 projekcie?	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

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.



I	Dane Podstawowe	1.	Imię/Imiona	
		2.	Nazwisko	
		3.	PESEL	
		4.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
		5.	Data urodzenia	
		6.	Jestem kandydatem na:	<input type="checkbox"/> opiekuna osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu <input type="checkbox"/> asystenta osobistego osób z niepełnosprawnością
II	Adres zamieszkania ⁴	1.	Ulica	
		2.	Nr domu	
		3.	Nr lokalu	
		4.	Miejscowość	
		6.	Kod pocztowy	
		7.	Powiat	
		8.	Gmina	
		9.	Województwo	
		III	Dane kontaktowe	1.
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 ⁵ <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy ⁶ <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna		

⁴ 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.

⁵ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

⁶ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS/PUP.



		<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ⁷ <input type="checkbox"/> w tym bierna zawodowo w związku z koniecznością opieki nad osobami zależnymi ⁸ <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	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
IX	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem bez dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
X	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.

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”

⁷ Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

⁸ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć oświadczenie o statusie bierności zawodowej w związku z koniecznością opieki nad osobami zależnym

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.



oraz z załącznikami do ww. regulaminu i w pełni akceptuję jego warunki.

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

(podpis)

załączeniu przedkładam (jeśli dotyczy):

- zaświadczenie z ZUS potwierdzające status osoby bezrobotnej/biernej zawodowo – załącznik 1
- oświadczenie o statusie bierności zawodowej w związku z koniecznością opieki nad osobą zależną – załącznik 2
- oświadczenie o znajdowaniu się w szczególnej sytuacji na rynku pracy – załącznik 3
- zaświadczenie z PUP potwierdzające status osoby bezrobotnej
- kserokopię dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności
- 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 zaświadczenia¹¹:

- 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 społecznych¹²,
- 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 dnia¹³z tytułu.....¹⁴

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.*

¹¹ Należy wskazać jednoznacznie tylko jeden podpunkt poprzez skreślenie pozostałych.

¹² (Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.)

¹³ 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

¹⁴ 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 statusie bierności zawodowej w związku z koniecznością opieki nad osobą zależną

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU STATUSU OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO W ZWIĄZKU Z
KONIECZNOŚCIĄ OPIEKI NAD OSOBAMI ZALEŻNYMI**

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,

iż jestem osobą bierną zawodowo w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osob/ą(-ami) zależn/ą (-ymi).

.....

miejsceowość, data

.....

czytelny podpis



Załącznik 3 – oświadczenie o znajdowaniu się w szczególnej sytuacji na rynku pracy – załącznik 4

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