

## ANKIETA REKRUTACYJNA

dla uczestników projektu „Dobra Przyszłość” realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Dąbrowie Tarnowskiej, 9 Oś Priorytetowa Region Spójny Społecznie, Działanie 9.1 Aktywna integracja  
Poddziałanie 9.1.1 Aktywna integracja- projekty realizowane przez PCPR  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020

### INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA ANKIETY

- Proszę wypełnić wszystkie pola czytelnie
- Pola wyboru zaznaczyć „X”
- Proszę złożyć czytelny podpis

IMIĘ

.....

NAZWISKO

.....

Płeć

kobieta

Mężczyzna

Pesel.....

### Adres zamieszkania:

Miejscowość.....

Ulica.....

Numer budynku..... numer lokalu.....

Kod

pocztowy.....

Obszar zamieszkania: miasto

wieś



### Dane kontaktowe:

Numer telefonu stacjonarnego .....

Numer telefonu komórkowego .....

Adres poczty elektronicznej .....

### Wykształcenie:

- Brak
- Podstawowe
- Gimnazjalne
- Ponadgimnazjalne/ średnie/zasadnicze zawodowe
- Pomaturalne/powyżej szkoły średniej
- Wyższe (tytuł licencjata, magistra, inżyniera, studia podyplomowe)

### *Status na synku pracy*

**Czy jest Pan/Pani zarejestrowana jako osoba bezrobotna w Powiatowym Urzędzie Pracy?**

- Tak
- Nie

**Czy jest Pan/Pani osobą bierną zawodowo/nieaktywną zawodowo**

- Tak
- Nie

*Osoba bierna zawodowo –nieaktywna zawodowo: Osoba niepracująca i nieposzukująca pracy w tym osoba która uzyskała uprawnienia rentowe i nie zamierza powrócić na rynek pracy, osoba niepełnosprawna, młodzież w wieku 15 lat i powyżej która nie rozpoczęła jeszcze kariery zawodowej lub czasowo wycofała się z rynku pracy z powodu kontynuowania edukacji, osoba sprawujące opiekę nad dzieckiem lub rodziną.*

**Czy jest Pan/Pani osobą uczącą się lub kształcą się?**

- Tak
- Nie

Jeśli tak to

gdzie?.....

.....

.....

**Czy jest Pan/Pani osobą zatrudnioną?**

Tak –

wykonywany zawód.....

Miejsce zatrudnienia.....

Nie

**Informacje dodatkowe:**

**Czy istnieje konieczność zapewnienia opieki nad:**

Dziećmi do lat 7

Osoba zależną (starszą),

Osobą niepełnosprawną (proszę podać wiek osoby i stopień oraz rodzaj niepełnosprawności.....

Nie dotyczy

**Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną?**

Tak (proszę podać stopień oraz rodzaj niepełnosprawności.....

Nie

**Czy jest Pan/Pani osobą pozostającą w leczeniu z powodu występujących zaburzeń psychicznych a nie posiadającą z tego tytułu orzeczenia o niepełnosprawności a posiadającą zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj schorzenia, wydane przez lekarza specjalistę?**

Tak

Nie



**Czy korzysta Pan/Pani ze świadczeń pomocy społecznych udzielanych przez ośrodki pomocy społecznej?**

Tak ( z jakiej formy pomocy .....

Nie

**Czy korzysta Pan/Pani ze świadczeń pomocy społecznych udzielanych przez powiatowe centrum pomocy?**

Tak ( z jakiej formy pomocy .....

Nie

**Czy Pan/Pani korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?**

Tak

Nie

**Czy jest Pan/Pani wychowankiem pieczy zastępczej?**

Tak

Nie

**Czy jest Pan/Pani osobą usamodzielnianą po opuszczeniu pieczy zastępczej?**

Tak

Nie

JA NIŻEJ PODPISANY/A OŚWIADCZAM,\*\*że :

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 „Dobra Przyszłość”,
4. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Dobra Przyszłość”,

5. Należę do grupy osób uprawnionych do skorzystania ze wsparcia zgodnie z Regulaminem uczestnictwa w projekcie,
6. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Dobra Przyszłość” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
7. Jestem świadomy/a, że złożenie Ankiety rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

\*\* W przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią powinno ono być podpisane również przez rodzica/opiekuna prawnego.

Załączniki:

- a) kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu)
- b) 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 UCZESTNIKA  
PROJEKTU**

.....  
**CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA  
PRAWNEGO UCZESTNIKA  
PROJEKTU  
(jeśli dotyczy)**

## Skrót Regulaminu

### Prawa i obowiązki uczestnika

1. Uczestnik Projektu zobowiązuje się do:
  - a) udostępnienia danych osobowych niezbędnych do wypełnienia obowiązków sprawozdawczych;
  - b) korzystania z wybranych form wsparcia w ramach ścieżki reintegracyjnej;
  - c) niezwłocznego informowania o wszelkich zmianach okoliczności faktycznych mogących mieć wpływ na realizację ścieżki reintegracyjnej, np. podjęcie pracy;
  - d) dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie wskaźnika efektywności społeczno-zatrudnieniowej, w tym potwierdzających podjęcie pracy do 3 miesięcy po zakończonym udziale w projekcie;
  - e) udziału w badaniach ewaluacyjnych i monitorujących prowadzonych przez Realizatora, jak i zleconych przez Instytucję Zarządzającą;
  - f) poddania się czynnościom kontrolnym przez uprawnione podmioty w zakresie i miejscu obejmującym korzystanie z wybranych form wsparcia;
  - g) przestrzegania zasad niniejszego regulaminu;
  - h) przestrzegania regulaminów innych podmiotów, które realizują formy wsparcia;
  - i) wypełnienia innych zaleceń w zakresie realizowanych przez nich zadań projektowych.
2. Uczestnik Projektu ma prawo do:
  - a) udziału w zaplanowanych formach wsparcia;
  - b) zgłaszania uwag i wniosków co do realizowanych form wsparcia;
  - c) korzystania z materiałów szkoleniowych, jeśli zostały przewidziane dla danej formy wsparcia;
  - d) zakwaterowania w trakcie zajęć warsztatowych/szkoleniowych jeśli będzie przewidziany dla danej formy wsparcia;
  - e) otrzymania certyfikatów, zaświadczeń, świadectw potwierdzających uczestnictwo, zdany egzamin lub uzyskane kwalifikacje.

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA  
PROJEKTU

.....  
CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA  
PRAWNEGO UCZESTNIKA  
PROJEKTU  
(jeśli dotyczy)