Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**Projekt pn. Postaw na aktywność - aktywizacja społeczno - zawodowa**

**Dane osoby zgłaszającej się do projektu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane identyfikacyjne** | 1 | Obywatelstwo |  |
| 2 | Imię |  |
| 3 | Nazwisko |  |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Wykształcenie | podstawowe, gimnazjalne (ISCED 0-2)  średnie II stopnia: zawodowe, średnie, średnie zawodowe (ISCED 3)  policealne (ISCED 4)  wyższe (ISCED 5-8) |
| **Dane kontaktowe** | 1 | Gmina |  |
| 2 | Miejscowość |  |
| 3 | Ulica |  |
| 4 | Nr budynku |  |
| 5 | Nr lokalu |  |
| 6 | Kod pocztowy |  |
| 7 | Telefon |  |
| 8 | Adres e-mail (jeśli jest) |  |
| **Status osoby zgłaszającej się do projektu** (Właściwe zakreślić) | 1 | Osoba obcego pochodzenia | Tak/Nie |
| 2 | Osoba z krajów trzecich | Tak/Nie |
| 3 | Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie | Tak/Nie |
| 4 | Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | Tak/Nie |
| 5 | Osoba z niepełnosprawnościami | Tak/Nie |
| 6. | Osoba opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej | Tak/Nie |
| 7. | Osoba przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą | Tak/Nie |
| 8. | Osoba korzystająca z pomocy społecznej | Tak/Nie |
| 9. | Żadne z powyższych | Tak/Nie |
| 10. | Odmowa udzielenia odpowiedzi | Tak/Nie |
| **Status osoby na rynku pracy** **w chwili przystąpienia do projektu** | 1 | Osoba ucząca się | Tak/Nie  Podać nazwę szkoły:  ……………………………….. |
| 2 | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | Tak/Nie |
| 3 | Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy | Tak/Nie |
| 4 | Osoba bierna zawodowo | Tak/Nie |
| 5 | Osoba pracująca, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek | Tak/Nie  Podać nazwę zakładu pracy  …………………………………. |
| **Oferta wsparcia** | 1 | **Wsparcie społeczne**:   1. Treningi w zakresie kompetencji i umiejętności społecznych (forma obowiązkowa dla wszystkich osób uczestniczących w projektu), 2. Pozostałe rodzaje wsparcia nie stanowią katalogu zamkniętego. Będą miały charakter indywidualny, w zależności od potrzeb osób uczestniczących w projekcie. **Do wyboru** będą, co najmniej 2 z poniższych form: 3. Treningi zwiększające motywację i samoocenę, 4. Konsultacje psychologiczne, 5. Poradnictwo prawne, 6. Mediacje, 7. Terapia, 8. Grupy samopomocowe i samokształceniowe wraz z animatorem grup, 9. Certyfikowane kursy i szkolenia w formie uzupełniającej edukację, 10. Inne o charakterze społecznym.   Pozostałe zajęcia **obowiązkowe** **dla wszystkich** osób uczestniczących w projekcie:   1. Szkolenie ICT (zakres: korzystanie z komputera i Internetu, poczty elektronicznej, korzystanie z usług on-line, założenie i wykorzystania Profilu Zaufanego, itp.). 2. Szkolenie pn. Zasady równości szans i niedyskryminacji oraz równości kobiet i mężczyzn. 3. Szkolenie pn. Edukacja ekologiczna. 4. Działanie środowiskowe (w formie wyjazdu/ wycieczki/ pikniku/ ogniska, itp.).   **Wsparcie zawodowe:** (dodatkowe dla osób zainteresowanych podjęciem zatrudnienia):   1. Warsztaty aktywnego poszukiwania pracy. 2. Konsultacje z doradcą zawodowym. 3. Kursy zawodowe (wybrane przez osobę uczestniczącą w projekcie). | |

**Do formularza proszę dołączyć, jeśli dotyczy:**

1. **orzeczenie o niepełnosprawności** (w biurze projektu zostanie wykonana kopia dokumentu),
2. **zaświadczenie z PUP o zarejestrowaniu się.**

……………….……, dn. .................. …….........................................................

(miejscowość) (data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej się)

**Uwagi kandydatów/kandydatek z niepełnosprawnością związane z potencjalnym uczestnictwem w projekcie umożliwiające udział na takich samych warunkach jak inni uczestnicy/inne uczestniczki projektu** (załącznik nie jest obowiązkowy).

|  |  |
| --- | --- |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością** | |
| ⬜ Tak | ⬜ Nie |
| **Niepełnosprawność potwierdzona:** | |
| ⬜ Orzeczenie | ⬜ Inny dokument |
| **Czy ma Pan/Pani specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie?** *(*można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): | |
| ⬜ przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych  ⬜ alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp.)  ⬜ zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie  ⬜ zapewnienie tłumacza języka migowego  ⬜ inne: ……………………………………………………………………………… . | |
| **Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność?** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): | |
| ⬜ samodzielne poruszanie się  ⬜ czytanie i rozumienie tekstu  ⬜ komunikowanie się z otoczeniem  ⬜ trudności emocjonalne  ⬜ inne…………………………………………………………………………………  ⬜ nie mam | |
| **Czy będzie Panu/Pani potrzebna osoba (asystent/asystentka), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w projekcie?** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź): | |
| ⬜ podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem),  ⬜ w komunikowaniu się z otoczeniem,  ⬜ w tłumaczeniu na język migowy,  ⬜ w nauce,  ⬜ w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością (w tym dzieckiem/dziećmi),  ⬜ inne……………………………………………………………………………………  ⬜ nie potrzebuję | |

…………..…………. dn. ..................... ……..........................................................

(miejscowość) (data) (czytelny podpis osoby zgłaszającej się)