

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA OSOBY W PROJEKCIE**

Pewnie na rynku pracy		
RPSL.07.01.03-IP.02-24-002/15		
<b>DANE UCZESTNIKA PROJEKTU</b>		
zakres danych zgodny z załącznikiem nr I do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470)		
<b>Dane uczestnika</b>	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ISCED 0 - niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> ISCED 1 - wykształcenie PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> ISCED 2 - wykształcenie GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 3 - wykształcenie PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> ISCED 4 - wykształcenie POLICEALNE <input type="checkbox"/> ISCED 5 – studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) <input type="checkbox"/> ISCED 6 – studia licencjackie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 7 – studia magisterskie lub ich odpowiedniki <input type="checkbox"/> ISCED 8 – studia doktoranckie lub ich odpowiedniki
<b>Dane kontaktowe uczestnika</b>	Kraj	
	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Miejscowość	
	Ulica	
	Nr budynku	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy	
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
<b>Szczegóły</b>	<input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b> <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> <b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> <input type="checkbox"/> <b>Osoba bierna zawodowo, w tym:</b> <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca, w tym:</b> <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej	

		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inne	
	Wykonywany zawód (jeśli dotyczy-wypełnić zgodnie z klasyfikacją zawodów):		
	Zatrudniony w (jeśli dotyczy):		
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający daną sytuację np. wyrok sądu <input type="checkbox"/> Pismo ze spółdzielni o zadłużeniu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument
	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	<b>w tym:</b> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
	<b>PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ</b>		
Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: * <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika	

Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniająca co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.**	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:*</p> <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym.***	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:*</p> <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych:*</p> <input type="checkbox"/> Zaświadczenie z właściwej instytucji <input type="checkbox"/> Zaświadczenie kuratora <input type="checkbox"/> Wyrok sądu <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoby z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: *</p> <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia dziecka <b>ORAZ:</b> <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba niesamodzielna ze względu na podeszły wiek, niepełnosprawność lub stan zdrowia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<p>Jeśli TAK, dołączono jedno z wymienionych: *</p> <input type="checkbox"/> Zaświadczenie od lekarza <input type="checkbox"/> Odpowiednie orzeczenie <input type="checkbox"/> Inny dokument potwierdzający stan zdrowia <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	<p>Jeśli TAK, dołączono: *</p> <input type="checkbox"/> Oświadczenie uczestnika

**Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

- Wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „Pewnie na rynku pracy ” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.
- Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie,
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem projektu i akceptuję jego warunki.
- Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii

Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.	
MIEJSCOWOŚĆ I DATA	CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU****

## OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU

Ja niżej podpisany(na), niniejszym oświadczam, iż: – Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu, – Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail), – Wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/wypowiedzi przez realizatorów projektu pt.: „Pewnie na rynku pracy”, dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją Projektu na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych.	
<b>MIEJSCOWOŚĆ I DATA</b>	<b>CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU****</b>

\* - Wypełnia Projektodawca.

\*\* - Zgodnie z art. 7 Ustawy, pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) (uchylony); 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej

\*\*\* - Zgodnie z art. 1 ust. 2 przepisy Ustawy stosuje się w szczególności do:

- 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego,
- 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej,
- 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
- 5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
- 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
- 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.

Jednocześnie art. 1 ust.3 ww. Ustawy mówi, że przepisów ustawy nie stosuje się do osób wymienionych w ust. 2, które mają prawo do:

- 1) zasiłku dla bezrobotnych;
- 2) zasiłku przedemerytalnego;
- 3) świadczenia przedemerytalnego;
- 4) (uchylony);
- 5) renty strukturalnej;
- 6) renty z tytułu niezdolności do pracy;
- 7) emerytury;
- 8) nauczycielskiego świadczenia kompensacyjnego

### UWAGA!

Kserokopie załączonych dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez osobę składającą **Deklarację uczestnictwa osoby w projekcie** poprzez opatrzenie każdej strony kserokopii dokumentu klauzulą „Za zgodność z oryginałem”, bieżącą datą oraz własnoręcznym, czytelnym podpisem osoby starającej się o udział w projekcie.

W przypadku osób niepełnosprawnych dopuszcza się możliwość złożenia dokumentów rekrutacyjnych przy pomocy pełnomocnika, zgodnie z zapisami Kodeksu Cywilnego.