

FORMULARZ REKRUTACYJNY

1. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany(a)
deklaruję swój udział w testowaniu modelu wsparcia „**ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych z Ukrainy**”, nr grantu **WER22SZA0021**, realizowanego w formie grantu przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa w ramach projektu „SZANSA – nowe możliwości dla dorosłych” współfinansowanego ze środków EFS w ramach POWER na lata 2014-2020.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem udziału we wsparciu dostępnym na stronie internetowej www.federacjafośa.pl oraz w biurze FOSy i akceptuję jego postanowienia.
2. Zostałem poinformowany, że udział w grantie jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, a jego realizacja odbywa się w ramach Programu Operacyjnego Edukacja Wiedza Rozwój na lata 2014-2020.
3. Zobowiązuję się do wypełnienia formularza dotyczącego danych osobowych, ankiet, testów oraz podpisywania list obecności, kart doradczych i umów dostarczanych przez realizatora w trakcie mojego udziału we wsparciu. Mam świadomość, że dokumenty te posłużą realizatorowi w procesie monitorowania, kontroli oraz ewaluacji realizowanego grantu.
4. Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do wzięcia udziału we wsparciu zgodnie z §3 Regulaminu.
5. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.
6. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych ze wsparciem drogą telefoniczną i/lub elektroniczną.
7. **Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w ramach grantu, nie będę korzystał z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych realizowanych grantów.**
8. W związku z przystąpieniem do grantu pt. „**ŻYROSKOP – wielopoziomowy model wsparcia osób dorosłych z Ukrainy**”, realizowanego przez Federację Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa, wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi przez FOSa dla celów działań informacyjno-promocyjnych związanych z realizacją wsparcia na stronach internetowych, materiałach filmowych, publikacjach.
9. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć i spotkań mogą zostać umieszczone na stronie internetowej Federacji FOSa oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie oświadczenia jest dobrowolne.
10. Zrzekam się niniejszym wszelkich roszczeń (istniejących i przyszłych), w tym również o wynagrodzenie względem Federacji Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

2. DANE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA OTRZYMUJĄCEJ/-GO WSPARCIE

I	Dane osobowe	1	Imię			
		2	Nazwisko			
		3	PESEL			
		4	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
II	Adres zamieszkania	1	Ulica			
		2	Nr domu			
		3	Nr lokalu			
		4	Miejscowość			
		5	Kod pocztowy			
III	Dane kontaktowe uczestniczki/uczestnika do projektu	1	Telefon kontaktowy			
		2	Adres e-mail			
		3	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)			
IV	Dane szczegółowe	1	<input type="checkbox"/> 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
			<input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
			<input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
			<input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż ww.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
V	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1	<input type="checkbox"/> bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne		
			<input type="checkbox"/> bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne		
			<input type="checkbox"/> bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> inne		
			<input type="checkbox"/> pracująca	<input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> inne		
				zawód/stanowisko		
				zatrudniony w		
VI	Osoba sprawująca opiekę nad osobą zależną (np. dzieckiem)					<input type="checkbox"/>

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki

ФОРМУЛЯР НАБОРУ

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО УЧАСТЬ У ПРОЕКТІ

Я, нижче підписаний/нижче підписана

заявляю про свою участь у тестуванні моделі підтримки **«ŻYROSKOP – багаторівнева модель підтримки дорослих з України»**, номер гранту WER22SZA0021, реалізованого у формі гранту Federacja Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa в рамках проекту «SZANSA – nowe możliwości dla dorosłych», що співфінансується ESF в рамках POWER на 2014-2020 роки.

1. Заявляю, що ознайомився/ознайомилася зі Статутом участі у підтримці, доступним на сайті www.federacjafosa.pl та в офісі FOSa, і приймаю його умови.
2. Мені повідомили, що грант співфінансується Європейським Союзом в рамках Європейського соціального фонду, і його реалізація відбувається в рамках Операційної програми «Розвиток освітніх знань» на 2014-2020 роки.
3. Я зобов'язуюсь заповнити форму щодо персональних даних, опитувань, тестів та підписання списків відвідуваності, консультативних бланків та договорів, наданих виконавцем під час моєї участі в супроводі. Розумію, що ці документи служитимуть виконавцю в процесі моніторингу, контролю та оцінки гранту.
4. Я заявляю, що є фізичною особою, яка має право взяти участь у підтримці відповідно до §3 Статуту.
5. Зважаючи на юридичну відповідальність за неправдиві заяви або приховування правди, я цим заявляю, що всі надані мною дані є правдивими.
6. Я погоджуюсь отримувати необхідну інформацію про грант по телефону та / або в електронному вигляді.
7. **Я заявляю, що на час участі в обраних формах підтримки, запропонованих в рамках гранту, я не буду використовувати той самий обсяг підтримки, в той же період, за іншими реалізованими грантами.**
8. У зв'язку з приєднанням до гранту під назвою **«ŻYROSKOP – багаторівнева модель підтримки дорослих з України»**, що впроваджує Federacja Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa, я погоджуюсь на використання та поширення мого іміджу / голосу / висловлювання для цілей поширення інформації про заходи, пов'язані із здійсненням проекту на веб-сайтах, відеоматеріалах, публікаціях.
9. Висловлення згоди рівнозначно тому, що фотографії, фільми або записи, зроблені під час занять і зустрічей, можуть розміщуватися на сайті Federacji FOSa і використовуватися в рекламних матеріалах. Підписання декларації є добровільним.
10. Я відмовляюся від усіх позовних вимог (існуючих і майбутніх), в тому числі грошову винагороду до Federacji Organizacji Socjalnych Województwa Warmińsko-Mazurskiego FOSa, за використання мого іміджу / голосу / висловлювання для цілей, зазначених у заяві.

.....
Місто та дата

.....
Розбірливий підпис Учасника

2. ДЕТАЛІ УЧАСНИКА, ЯКИЙ ОТРИМУЄ ПІДТРИМКУ

I	Дані особовий	1	Ім'я			
		2	Прізвище			
		3	Номер PESEL			
		4	Освіта	<input type="checkbox"/> нижче початкової (ISCED 0) <input type="checkbox"/> початкова (ISCED 1) <input type="checkbox"/> базова середня (ISCED 2)	<input type="checkbox"/> середня (ISCED 3) <input type="checkbox"/> проф. - тех. (ISCED 4) <input type="checkbox"/> вища (ISCED 5-8)	
II	Адреса	1	Вулиця			
		2	Номер будинку			
		3	Квартира No			
		4	Місто			
		5	Поштовий індекс			
III	Контактні дані учасника до проекту	1	Контактний номер телефону			
		2	Адреса електронної пошти			
		3	Адреса кореспонденції (якщо вона відрізняється від адреси проживання)			
IV	Деталі	1	<input type="checkbox"/> Особа, що належить до національної або етнічної меншини, мігрант, особа іноземного походження	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Відмова в наданні інформації
			<input type="checkbox"/> Особа, яка є бездомною або постраждала від виключення з доступу до житла	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Відмова в наданні інформації
			<input type="checkbox"/> Людина з обмеженими можливостями	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Відмова в наданні інформації
			<input type="checkbox"/> Особа, яка перебуває в іншому соціальному невідгнітому становищі (крім вищезазначеного)	<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Відмова в наданні інформації
V	Статус особи на ринку праці на момент приєднання до проекту	1	<input type="checkbox"/> Безробітна особа, не зареєстрована в Реєстрі служб зайнятості	<input type="checkbox"/> довгостроково безробітна <input type="checkbox"/> Інше _____		
			<input type="checkbox"/> Безробітна особа, зареєстрована в реєстрі бюро зайнятості	<input type="checkbox"/> довгостроково безробітна <input type="checkbox"/> Інше _____		
			<input type="checkbox"/> економічно неактивний	<input type="checkbox"/> не бере участі в освіті чи навчанні <input type="checkbox"/> учні/студенти <input type="checkbox"/> Інше _____		
			<input type="checkbox"/> Працює	<input type="checkbox"/> самозайняті особи <input type="checkbox"/> в державному управлінні <input type="checkbox"/> в органах місцевого самоврядування <input type="checkbox"/> в НГО <input type="checkbox"/> на великому підприємстві <input type="checkbox"/> невелике підприємство <input type="checkbox"/> Інше _____		
			Професія / посада			
працевлаштовані в						
VI	Особа, яка опікується особою, яка перебуває на утриманні (наприклад, над дитиною)					<input type="checkbox"/>

.....
Місто та дата

.....
Розбірливий підпис Учасника