

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY
do projektu pt. „Czas na żłobek” realizowanego w ramach:
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020
Oś Priorytetowa VIII Rynek Pracy
Działanie: 8.4 Godzenie życia zawodowego i prywatnego
Poddziałanie: 8.4.2 Godzenie życia zawodowego i prywatnego - ZIT WROF
Nr projektu RPDS.08.04.02-02-0005/17

I. Dane o uczestniku projektu (DANE RODZICA!) - Proszę o wypełnienie tabeli drukowanymi literami

1	Imię i nazwisko										
2	Nr PESEL										
3	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna									
4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
5	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe									
6	Dane kontaktowe	Województwo:					Powiat:				
		Gmina:					Miejscowość:				
		Ulica:					Nr budynku:				
		Nr lokalu:					Kod pocztowy:				
		Telefon kontaktowy:									
		Adres email:									
7	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:					<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna (pow. 12 m-cy) <input type="checkbox"/> Inne				
		<input type="checkbox"/> Bierna zawodowo, w tym:					<input type="checkbox"/> Ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne (np. urlop wychowawczy)				
		<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy					<input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna (pow. 12 m-cy) <input type="checkbox"/> Inne				
		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca					Wykonywany zawód: Zatrudniony w: Przebywająca na urlopie: <input type="checkbox"/> macierzyńskim <input type="checkbox"/> rodzicielskim				

8	Jestem niepełnosprawny lub posiadam dziecko z niepełnosprawnościami / deficytami należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne lub zaświadczenie lekarskie o deficycie dziecka	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
9	Oświadczam, iż dochód za ostatnie 3 miesiące wynosi:	
10	Oświadczam, iż korzystam z pomocy społecznej:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11	Oświadczam, że zamieszkuję na terenie gminy Wrocław lub powiatu M. Wrocław	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12	Uczestnik projektu jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
13	Uczestnik projektu jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
14	Uczestnik projektu jest osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
15	Uczestnik projektu jest osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących i z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
16	Uczestnik projektu jest osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
17	Uczestnik projektu jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (niż wymienione powyżej w pkt. 8-18)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
18	Deklaruję chęć powrotu na rynek pracy, po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka w wieku od ukończenia 20 tygodnia do lat 3 /zarejestrowania się jako osoba bezrobotna/poszukująca pracy/podjęcia zatrudnienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
19	Imię i nazwisko dziecka	
20	Nr PESEL dziecka	
21	Płeć dziecka	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
22	Wiek dziecka w chwili przystąpienia do projektu	



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach RPO WD

II. INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW FORMALNYCH KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

CZĘŚĆ A		
Lp.	KRYTERIA FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE (wypełnia Kandydat)	OCENA (wypełnia Realizator) TAK – spełnia kryteria (10 punktów) NIE – nie spełnia kryteriów (0 punktów)
1	Miejsce zamieszkania kandydata na terenie Gminy Wrocław lub powiatu M. Wrocław <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	.....
3	Rodzic /opiekun prawny dziecka w wieku od 20 tygodni do 3 lat (dotyczy wieku dziecka na dzień planowanego objęcia wsparciem – 1 dzień w żłobku) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	.....
3	Status na rynku pracy: osoba niezatrudniona – bezrobotna (zarejestrowana w PUP) lub nieaktywna zawodowa (niepracująca i jednocześnie nie zarejestrowana w PUP), lub <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba zatrudniona przebywająca na urlopie macierzyńskim / rodzicielskim <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba na urlopie wychowawczym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE osoba pobierająca zasiłek macierzyński <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	.....
4	Deklaruję chęć powrotu na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka w wieku od ukończenia 20 tygodnia życia do 3 lat /zarejestrowania się jako osoba bezrobotna/poszukująca pracy/podjęcia zatrudnienia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	.....
SPEŁNIANIE KRYTERIÓW FORMALNYCH PRZEZ KANDYDATA		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Uwaga: w przypadku niespełniania, chociaż jednego z kryteriów formalnych przez kandydata, Formularz rekrutacyjny nie podlega dalszej ocenie.

III. INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DODATKOWYCH

CZĘŚĆ B		
Lp.	KRYTERIA DODATKOWE (wypełnia Kandydat)	OCENA (wypełnia Realizator)
1	Niepelnosprawność uczestnika projektu lub dziecka. Czy kandydat jest osobą z niepełnosprawnościami? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Czy dziecko kandydata jest osobą z niepełnosprawnościami?	TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	.....
2	Wielodzietność: Czy kandydat posiada troje lub więcej dzieci?	TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów NIE DOTYCZY – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	.....
3	Samotne wychowywanie dziecka Czy kandydat samotnie wychowuje dziecko?	TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów NIE DOTYCZY – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	.....
4	Objęcie dziecka pieczę zastępczą Czy kandydat adoptował dziecko, które chce objąć opieką żłobkową?	TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	.....
5	Sytuacja materialna w rodzinie. Czy dochody jakie uzyskuje kandydat/kandydatka nie przekraczają 600 zł na osobę	TAK – 5 punktów NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	.....
SUMA PUNKTÓW		.....
PODSUMOWANIE UZYSKANEJ PUNKTACJI (wypełnia Realizator)		
ŁĄCZNA ILOŚĆ PUNKTÓW uzyskanych przez kandydata (dotyczy: części A i B)		.....

Oświadczam, że:

- a) zapoznałam/łem się z zapisami Regulaminu uczestnictwa w projekcie, które akceptuję i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie,
- b) przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie i złożenie w terminie rekrutacji formularza rekrutacyjnego nie jest równoważne z zakwalifikowaniem do Projektu,
- c) jestem uprawniona/y do uczestnictwa w Projekcie zgodnie z zapisami Regulaminu,
- d) zostałam/łem poinformowana/ny, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- e) w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuje się do podpisania umowy świadczenia opieki z Organizatorem (przed otrzymanym wsparciem) i deklaracji uczestnictwa w Projekcie oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (obydwa dokumenty podpisuje się w pierwszym dniu otrzymanego wsparcia).

Odnosnie gromadzenia i przetwarzania danych osobowych:

- a) wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 922.), do celów związanych z rekrutacją i monitoringiem projektu pt. „Czas na żłobek” na rzecz LUPIKOWO S.C., Dolnośląskiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy we Wrocławiu i innych instytucji, odpowiedzialnych za realizację/nadzór/kontrolę/monitoring programów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020,
- b) oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/ny o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)