

Projekt FEDS.07.05 - „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA - Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami - aktywna integracja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami w WTZ i ZAZ”

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu

FORMULARZ REKRUTACYJNY – UCZESTNIKA PROJEKTU

Nazwa Beneficjenta:	„FUNDACJA EDUKACJI EUROPEJSKIEJ”
Tytuł projektu:	„ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA - Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami - aktywna integracja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami w WTZ i ZAZ”
Nr projektu:	FEDS.07.05-IP.02-0141/24
Nazwa Programu Operacyjnego:	Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027
Działanie:	FEDS 07.05 Aktywna integracja

Wypełnia Beneficjent:	
Nr identyfikacyjny:	
Data wpływu:	

Część A. INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA PROJEKTU

I. Dane osoby kandydującej:

Dane kandydata	Imię/Imiona	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Płeć	
	Obywatelstwo	
	Wykształcenie	☐ Niższe niż podstawowe (ISCED 0), ☐ Podstawowe sześcioletnie (ISCED 1), ☐ Podstawowe ośmioletnie (ISCED 2), ☐ Gimnazjalne (ISCED 2), ☐ Ponadgimnazjalne/średnie (ISCED 3), ☐ Policealne (ISCED 4), ☐ Wyższe (ISCED 5-8).

Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe	Województwo		
	Powiat		
	Gmina		
	Miejscowość		
	Ulica		
	Nr budynku		
	Nr lokalu		
	Kod pocztowy		
	Telefon kontaktowy		
	Adres e-mail		
Status osoby na rynku pracy	A. Osoba bezrobotna:	☐ Tak	☐ Nie
	i. w tym osoba zarejestrowana w PUP	☐ Tak	☐ Nie
	ii. w tym osoba długotrwale bezrobotna	☐ Tak	☐ Nie
Status osoby na rynku pracy	B. Osoba bierna zawodowo	☐ Tak	☐ Nie
	i. w tym osoba ucząca się	☐ Tak	☐ Nie
	ii. w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu	☐ Tak	☐ Nie
	C. Osoba pracująca	☐ Tak	☐ Nie

II. Dodatkowe informacje dot. statusu uczestnika w chwili składania deklaracji uczestnictwa

Lp.	Status uczestnika	TAK	NIE	Odmowa podania informacji
1	Osoba obcego pochodzenia			
2	Osoba państwa trzeciego			
3	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)			
4	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań			
5	Osoba z niepełnosprawnościami			

III. Dodatkowe dane kontaktowe do osoby/osób/rodziny (otoczenia uczestnika/uczestniczki projektu) do kontaktów roboczych w sprawie udzielanego wsparcia na rzecz osoby aplikującej o przystąpienie do projektu (jeśli dotyczy):

Dodatkowe dane kontaktowe	Imię	
	Nazwisko	
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	

IV. Kryteria formalne

Kryterium	Spełnia/nie spełnia	
	Tak	Nie
- aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności – załącznik		
- wiek: pełnoletność		
- zamieszkanie: Wałbrzych, powiat wałbrzyski. Poprzez miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, należy rozumieć miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.		
- uczestnictwo w zajęciach w Warsztatach Terapii Zajęciowej - WTZ		
- zatrudnienie w Zakładzie Aktywności Zawodowej		

V. Kryteria premiujące

Kryterium	Spełnia/nie spełnia		Punktacja
	Tak	Nie	
Kryterium 1 - osoba młoda w wieku 18 – 29 lat			30 pkt.
- doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, spełniające więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej			
- ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności			
- z niepełnosprawnością sprzężoną			
- z chorobami psychicznymi			
- z niepełnosprawnością intelektualną			
- z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu ICD10)			
- opuszczające placówki opieki instytucjonalnej			
Kryterium 2 - osoba zamieszkująca			10 pkt.
- na obszarze wiejskim wg klasyfikacji DEGURBA			
- obszar zagrożony trwałą marginalizacją w woj. dolnośląskim			
- w mieście średnim tracącym funkcję społeczno gospodarcze w województwie dolnośląskim - zgodnie w wykazem gmin			
Kryterium 3 - osoby:			
- uczestnik zajęć w Warsztatach Terapii Zajęciowej lub pracownik Zakładu Aktywności Zawodowej			12 pkt
- korzysta z programu FE PŻ			5 pkt
- zamieszkuje samotnie			5 pkt
RAZEM PUNKTY			

Część B. INFORMACJE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROJEKCIE

Deklaruję chęć uczestnictwa w następujących formach wsparcia zaplanowanych w ramach projektu:

Forma wsparcia - zadanie	Uczestnictwo	
	Tak	Nie
Zadanie 5 Diagnoza, opracowanie i aktualizacja IPD/ŚR dla uczestników WTZ i ZAZ		
Zadanie 6 Działalność nowej grupy WTZ - wsparcie podstawowe		
Zadanie 7 Aktywizacja społeczna z elementami profilaktyki zdrowotnej dla uczestników WTZ i pracowników ZAZ – zajęcia grupowe		
Zadanie 8 Aktywizacja społeczna uczestników WTZ i pracowników ZAZ – poradnictwo indywidualne		
Zadanie 9 Aktywizacja zawodowa uczestników WTZ i pracowników ZAZ – warsztaty i doradztwo Zawodowe		
Zadanie 10 Aktywizacja zawodowa uczestników WTZ i pracowników ZAZ – szkolenia i staże zawodowe		

Część C. SPECJALNE POTRZEBY ZGŁASZANE PRZEZ OSOBY KANDYDUJĄCE

Zapewniamy dostępność do projektu dla wszystkich osób spełniających kryteria udziału w projekcie, niezależnie od niepełnosprawności. **Jeżeli zakwalifikują się Państwo do projektu, to otrzymają Państwo wsparcie dostosowane do Państwa potrzeb. Proszę wskazać, czy jest coś jeszcze, co możemy zrobić, aby mógł/mogła Pan/Pani w pełni skorzystać z projektu.**

.....

.....

.....

.....

.....

Szczególne potrzeby można zgłaszać również telefonicznie oraz mailowo, a także na bieżąco w trakcie trwania udziału w projekcie na każdym jego etapie.

Część D. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu rekrutacji do projektu nr FEDS.07.05-IP.02-0141/24 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA - Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami - aktywna integracja społeczna i zawodowa osób z niepełnosprawnościami w WTZ i ZAZ” wraz z załącznikami oraz w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia oraz spełniam kryteria rekrutacji uczestników.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, które załączam do deklaracji uczestnictwa w projekcie.
3. Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania zostało podane w cz. A, punkt I niniejszej deklaracji i spełniam kryterium formalne wskazane w cz. A, punkt III i kryterium premiujące wskazane w cz. A, punkt IV.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027 (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) oraz Klauzulą Informacyjną RODO wobec Beneficjenta (stanowiącą załącznik nr 2 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach w nich wskazanych.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
podpis*

** W przypadku kandydatury osoby nieposiadających zdolności do czynności prawnych, posiadających ograniczoną zdolność do czynności prawnych lub osoby, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne i/lub świadome podpisanie formularza, formularz może zostać podpisany przez rodzica osoby niepełnoletniej, opiekuna prawnego lub inną osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli w imieniu kandydata do projektu (np. pełnomocnik).*

ZAŁĄCZNIKI:

- Nr 1 - Orzeczenie o niepełnosprawności
- Nr 2 - Klauzula informacyjna DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027: (EFS+)
- Nr 3 - Klauzula informacyjna RODO wobec Beneficjenta
- Nr 4 - Oświadczenie w zakresie danych osobowych
- Nr 5 - Zgoda opiekuna prawnego
- Nr 6 - Sytuacje problemowe
- Nr 7 – Zaświadczenie dot. uczestnictwa w zajęciach WTZ/zatrudnieniu w ZAZ