

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Tytuł projektu	Aktywni w pracy
Konkurs	Możemy więcej nr 1/2023
Kierunek pomocy	WEJŚCIE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH NA RYNEK PRACY
Typ projektu	Wejście osób niepełnosprawnych na rynek pracy bez wykorzystania metody zatrudnienia wspomaganego
Nazwa zadań	Zadanie 2) organizowanie i prowadzenie szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych, aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby Zadanie 6) organizowanie i prowadzenie zintegrowanych działań na rzecz włączania osób niepełnosprawnych w rynek pracy, w szczególności przez: a) doradztwo zawodowe, b) przygotowanie i wdrożenie indywidualnego planu drogi życiowej i zawodowej, c) prowadzenie specjalistycznego poradnictwa zawodowego i pośrednictwa pracy, mających na celu przygotowanie do aktywnego poszukiwania pracy i utrzymania w zatrudnieniu osób niepełnosprawnych

PODSTAWOWE DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Imię (imiona): _____ Nazwisko: _____ Płeć: M K

PESEL: _____ Data urodzenia: _____

ADRES ZAMIESZKANIA

ul. _____ nr ____ / ____

miejsowość: _____

kod pocztowy: _____ - _____

gmina: _____

powiat: _____

województwo: _____

ADRES KORESPONDENCYJNY (jeśli inny niż powyższy)

ul. _____ nr ____ / ____

kod pocztowy: _____ - _____ miejscowość: _____

DANE DO KONTAKTU

tel. kontaktowy: _____

e-mail: _____

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

- niepełne podstawowe
- podstawowe
- gimnazjalne
- zawodowe
- średnie
- policealne
- wyższe

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY

- osoba nieaktywna zawodowo
- osoba poszukująca pracy niezatrudniona
- osoba bezrobotna, w tym:
 - zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy
 - niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy
- inne (osoba poszukująca pracy zatrudniona, osoba zatrudniona w ZAZ, osoba zatrudniona w Zakładzie Pracy Chronionej, osoba zatrudniona na otwartym rynku pracy, osoba samozatrudniona).

POZOSTAŁE INFORMACJE

- osoba z niepełnosprawnościami** - zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1172, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 poz. 1878 z późn. zm.), w tym:
 - Osoba ze znacznym stopniem niepełnosprawności,
 - Osoba z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności
 - Osoba z lekkim stopniem niepełnosprawności z uwagi na niepełnosprawność intelektualną, całościowe zaburzenia rozwojowe, długotrwałą, chroniczną niepełnosprawność o charakterze psychicznym, niepełnosprawność sprzężoną
 - Osoba zaliczona do lekkiego stopnia niepełnosprawności

Symbol przyczyny niepełnosprawności:.....

Otrzymuję obecnie wsparcie w innym projekcie z zakresu aktywizacji zawodowej:

- Tak, proszę wskazać

Nazwę instytucji.....

Nazwę projektu.....

Okres uczestnictwa od.....

- Nie

Uczestniczyłem w ostatnich 12 miesiącach w projekcie z zakresu aktywizacji zawodowej:

- Tak, proszę wskazać:

Nazwę instytucji.....

Nazwę projektu.....

Okres uczestnictwa od.....do.....

- Nie

Jestem uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej

- Tak
- Nie
- Jestem absolwentem WTZ

Jestem uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy

- Tak
- Nie

Jestem pracownikiem Zakładu Aktywności Zawodowej

- Tak
 Nie

Przebywam na świadczeniu chorobowym

- Tak, do kiedy?
- Nie

Przebywam na świadczeniu rehabilitacyjnym

- Tak, do kiedy?
- Nie

Szukam pracy jako: (proszę wskazać preferowane stanowiska pracy, charakter pracy np. biurowa, z ludźmi itd.).

.....

.....

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w/w projekcie zawartymi w „Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” dostępnego na stronie www.sprawni-on.pl, akceptuję jego treści i deklaruję chęć uczestnictwa.
- Oświadczam, że jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie, zgodnie z jego wymogami:
 - Jestem mieszkańcem województwa śląskiego
 - Jestem osobą dorosłą, w wieku aktywności zawodowej, nie osiągnąłem wieku emerytalnego
 - Pozostaję bez zatrudnienia
 - Nie jestem objęty takimi samymi działaniami aktywizacyjnymi finansowanymi ze środków PFRON w tym samym czasie.
 - Nie korzystam z tych samych form wsparcia w ramach kilku równocześnie realizowanych projektów (jeżeli realizacja tej formy wsparcia prowadzi, w każdym z projektów, do osiągnięcia takich samych efektów)
 - Jeśli jestem uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej zakres merytoryczny projektu nie dotyczy działań podejmowanych na rzecz uczestnika zgodnie z indywidualnym programem rehabilitacji i terapii, przygotowanym przez radę programową warsztatu.
 - Jeśli jestem uczestnikiem Środowiskowego Domu Samopomocy zakres merytoryczny projektu nie dotyczy działań podejmowanych na rzecz uczestnika zgodnie z indywidualnym planem postępowania wspierająco-aktywizującym.
 - Jeśli jestem mieszkańcem / podopiecznym innych placówek finansowanych ze środków publicznych zakres merytoryczny projektu nie dotyczy działań podejmowanych na rzecz mieszkańca / podopiecznego zgodnie z planem / programem wsparcia opracowanym zgodnie z wymogami wynikającymi z przepisów normujących sposób funkcjonowania placówki.
- Zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
- Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym, mającym określić moje predyspozycje do udziału lub braku przesłanek do udziału w projekcie poprzez udział w rozmowie z kreatorem kariery.
- Wyrażam zgodę na udział w opracowaniu Indywidualnego Planu Działania mającego na celu wskazanie ścieżki rozwoju zawodowego oraz udziału w formach wsparcia w nim ustalonych.
- Zostałem/łam poinformowany/na i mam świadomość, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
- Zostałem/am poinformowany/na o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i niniejszym oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji dotyczących udziału w procesie rekrutacyjnym, udziału w formach wsparcia drogą mailową/sms lub telefonicznie na wskazane przeze mnie dane w formularzu rekrutacyjnym.

.....

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/TKI DO PROJEKTU

Dane osobowe kandydata/cki na Uczestnika/czkę projektu zostały zweryfikowane przez osobę przyjmującą formularz zgłoszeniowy udziału w projekcie pn.: „Aktywni w pracy” na podstawie dokumentu tożsamości.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz

Przetwarzanie danych osobowych

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji zadań w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych w ramach projektu „Aktywni w pracy” realizowanym przez Caritas Archidiecezji Katowickiej na zlecenie Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. U. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1781).

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Caritas Archidiecezji Katowickiej 40-042 Katowice, Wita Stwosza 20
- 2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – abi@medialearning.pl,
- 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji umowy i udzielenia wsparcia, realizacji, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych lub podmioty uczestniczące w realizacji zlecenia; nie będą przekazywane podmiotom działającym poza Polską ani organizacjom międzynarodowym, nie będą również przetwarzane w sposób zautomatyzowany.
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez administratora i innych przepisów prawa (art. 125a ust. 4 Ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych) i (art. 51u Ustawy o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach).
- 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania
- 7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego (Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa, telefon 22 860 70 86).
- 8) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową zawarcia umowy

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/TKI DO PROJEKTU

IV. Załączniki

Aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności albo orzeczenie traktowane na równi.

Dokument potwierdzający pełnienie funkcji opiekuna prawnego dla osoby niepełnosprawnej (jeśli dotyczy)