

Informacja o uczestnikach Projektu

DANE WSPÓLNE

L. p.	NAZWA
1	Nazwa Beneficjenta: Miasto i Gmina Pilawa
2	Tytuł Projektu: „Aktywni na rynku pracy - żłobek samorządowy w Gminie Pilawa”
3	Nr Projektu: RPMA.08.03.01-14-e239/20
4	Priorytet inwestycyjny w ramach którego jest realizowany Projekt: Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.
5	Działanie: 8.3 Ułatwianie powrotu do aktywności zawodowej osób sprawujących opiekę nad dziećmi do lat 3.
6.	Poddziałanie: 8.3.1 Ułatwianie powrotu do aktywności zawodowej.

UWAGA !

Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól.

Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie.

W przypadku odręcznego wypełnienia prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI literami oraz niebieskim długopisem (czytelnie).

Formularz należy podpisać (niebieski długopis).

W przypadku, gdy któreś z pól nie dotyczy należy je opatrzyć adnotacją „nie dotyczy”.

W polach wyboru należy zaznaczyć „X” w jednym kwadracie

Do formularza prosimy załączyć zaświadczenia/orzeczenia, o których mowa poniżej przy odpowiednich punktach, o ile nie zostały dostarczone wcześniej.

CZĘŚĆ I - INFORMACJE O KANDYDACIE

Dane uczestnika	Imię		
	Nazwisko		
	Płeć		
	Data urodzenia		
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
	PESEL		
	Wykształcenie	brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/>	ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/>

Dane kontaktowe	Ulica		
	Nr domu		
	Nr lokalu		
	Miejscowość		
	Kod pocztowy, poczta		
	Gmina		
	Powiat		
	Województwo		
	Obszar miejski <input type="checkbox"/>	Obszar wiejski <input type="checkbox"/>	
	Telefon stacjonarny		
	Telefon komórkowy		
	Adres poczty e-mail		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy (w rozumieniu Ustawy z dnia 20.IV.2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy) jednocześnie: - niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia, - zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy		<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> (dołączam odpowiednie zaświadczenie z ZUS lub UP)
	1.a Jestem osobą długotrwale bezrobotną		<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> (dołączam odpowiednie zaświadczenie z ZUS lub UP)
	2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy		<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> (dołączam odpowiednie zaświadczenie z ZUS lub UP)
	3. Jestem osobą bierną zawodowo (pozostającą bez zatrudnienia, ale nie osobą bezrobotną):		<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> (dołączam odpowiednie zaświadczenie o bierności zawodowej z ZUS)
	3.a Uczę się w systemie:		<i>dziennym</i> <input type="checkbox"/> <i>zaocznym</i> <input type="checkbox"/> <i>wieczorowym</i> <input type="checkbox"/> <i>nie dotyczy</i> <input type="checkbox"/>
	3.b Osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	3.c Osoba przebywająca na urlopie wychowawczym		<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	3.d Inne (jakie.....)		<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>

	4. Jestem osobą pracującą : w tym:	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> (dołączam odpowiednie zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie)
		<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 w małych i średnich przedsiębiorstwach
		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużych przedsiębiorstwach
		<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
		<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność nierejestrowaną
		<input type="checkbox"/> Inne
4.a Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> Inny	
4.b Zatrudniony w		
4.c. Jestem osoba pracującą, która chwilowo nie pracuje ze względu na:	<input type="checkbox"/> urlop macierzyński <input type="checkbox"/> urlop rodzicielski <input type="checkbox"/> urlop zdrowotny <input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> urlop wypoczynkowy <input type="checkbox"/> spór pracowniczy <input type="checkbox"/> kształcenie się <input type="checkbox"/> szkolenie	

		(dołączam odpowiednie zaświadczenie potwierdzające powyższy status)
	4.c Jestem rolnikiem (dołączam odpowiednie zaświadczenie)	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
Dane dodatkowe Status uczestnika	Rodzaj przyznanego wsparcia	Opieka nad dzieckiem do lat 3
	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	wypełnia Organizator
	Data zakończenia udziału w projekcie	wypełnia Organizator
	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	wypełnia Organizator
	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiskiem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, tj. osoba fizyczna z woj. mazowieckiego	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/>
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
	Osoba z niepełnosprawnościami	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu.....	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<i>tak</i> <input type="checkbox"/> <i>nie</i> <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji <input type="checkbox"/>

Dane osobowe uczestników projektu – osób zakwalifikowanych do udzielenia wsparcia zostaną wprowadzone do aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego (SL2014). Odmowa podania danych zawartych w formularzu uniemożliwia udzielenia wsparcia tym osobom w ramach projektu.

.....
Data i własnoręczny podpis (czytelnie imię i nazwisko)

CZĘŚĆ II - Oświadczenia

Oświadczam, że nie korzystam i nie będę korzystała z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i Priorytetach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 w okresie udziału w projekcie pt.: „Aktywni na rynku pracy - żłobek samorządowy w Gminie Pilawa” realizowanego przez Miasto i Gminę Pilawa.

.....
Data i własnoręczny podpis (czytelnie imię i nazwisko)

Oświadczam, że zostałam poinformowana, iż Projekt pt.: „Aktywni na rynku pracy - żłobek samorządowy w Gminie Pilawa” realizowany przez Miasto i Gminę Pilawa jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

.....
Data i własnoręczny podpis (czytelnie imię i nazwisko)

Oświadczam, że wszystkie przedstawione powyżej przeze mnie, dane i informacje są zgodne z prawdą i jestem świadoma odpowiedzialności za podawanie fałszywych informacji celem osiągnięcia korzyści oraz jestem świadoma odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

.....
Data i własnoręczny podpis (czytelnie imię i nazwisko)