**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 ❑  podstawowe ❑  gimnazjalne ❑ | | ponadgimnazjalne ❑  policealne ❑  pomaturalne ❑  wyższe ❑ | |
| Dane kontaktowe | Ulica |  | | | |
| Nr domu |  | | | |
| Nr lokalu |  | | | |
| Miejscowość |  | | | |
| Kod pocztowy, poczta |  | | | |
| Gmina |  | | | |
| Powiat |  | | | |
| Województwo |  | | | |
| Obszar miejski ❑ | Obszar wiejski ❑ | | | |
| 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 | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  (dołączam odpowiednie zaświadczenie z ZUS lub UP) |
| 1.a Jestem osobą długotrwale bezrobotną | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  (dołączam odpowiednie zaświadczenie z ZUS lub UP) |
| **2**. Jestem **osobą bezrobotną niezarejestrowaną** w ewidencji urzędów pracy | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  (dołączam odpowiednie zaświadczenie z ZUS lub UP) |
| **3**.Jestem **osobą bierną zawodowo** (pozostającą bez zatrudnienia, ale nie osobą bezrobotną): | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  (dołączam odpowiednie zaświadczenie o bierności zawodowej z ZUS) |
| 3.a Uczę się w systemie: | | | | *dziennym* ❑ *zaocznym* ❑ *wieczorowym* ❑  *nie dotyczy* ❑ |
| 3.b Osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| 3.c Osoba przebywająca na **urlopie wychowawczym** | | | | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| 3.d Inne (jakie……………………………………………..) | | | | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| **4**.Jestem **osobą pracującą** : w tym: | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  (dołączam odpowiednie zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające zatrudnienie) |
| ❑Osoba pracująca w administracji rządowej |
| ❑Osoba pracująca w administracji samorządowej |
| ❑Osoba pracująca w organizacji pozarządowej |
| ❑Osoba pracująca w małych i średnich przedsiębiorstwach |
| ❑Osoba pracująca w dużych przedsiębiorstwach |
| ❑Osoba prowadząca działalność na własny rachunek |
| ❑Osoba prowadząca działalność nierejestrowaną |
| ❑Inne |
| 4.a Wykonywany zawód | | □ Instruktor praktycznej nauki zawodu  □ Nauczyciel kształcenia ogólnego  □ Nauczyciel wychowania przedszkolnego  □ Nauczyciel kształcenia zawodowego  □ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  □ Pracownik instytucji rynku pracy  □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  □ Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej  □ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  □ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ Inny | | |
| 4.b Zatrudniony w | |  | | |
| 4.c. Jestem osoba pracującą, która chwilowo nie pracuje ze względu na: | | ❑ urlop macierzyński  ❑ urlop rodzicielski  ❑ urlop zdrowotny  ❑ choroba  ❑ urlop wypoczynkowy  ❑ spór pracowniczy  ❑ kształcenie się  ❑ szkolenie  (dołączam odpowiednie zaświadczenie potwierdzające powyższy status) | | |
| 4.c Jestem **rolnikiem** (dołączam odpowiednie zaświadczenie) | | | | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| 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 Opisem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, tj. **osoba fizyczna z woj. mazowieckiego** | | | | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  *odmowa podania informacji* ❑ |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  *odmowa podania informacji* ❑ |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  *odmowa podania informacji* ❑ |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu…………………. | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  *odmowa podania informacji* ❑ |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | | *tak* ❑ *nie* ❑  *odmowa podania informacji* ❑ |

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 zemnie, dane i informacje są zgodne z prawdą i jestem świadoma odpowiedzialności za podawanie fałszywych informacji celem osiągnięcia korzyści oraz jestem świadoma odpowiedzialności za składnie oświadczeń niezgodnych z prawdą:  *……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*  *Data i własnoręczny podpis (czytelnie imię i nazwisko)* |