

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Naboru i Uczestnictwa

w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

Strona | 1

....., dnia.....

Nr wniosku

Wniosek o skierowanie do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w ramach projektu „Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno – instytucją wspomagającą aktywizację społeczno – zawodową nieaktywnych mieszkańców”

.....
(imię i nazwisko Uczestnika)

.....
(adres zamieszkania/pobytu/adres do korespondencji)

.....
(PESEL)

.....
(nr telefonu)

Wnioskodawca:

.....
.....
.....
(Imię i nazwisko wnioskodawcy/ przedstawiciela ustawowego lub pieczęć urzędowa instytucji wnioskującej zgodnie z art.. 12 Ustawy o zatrudnieniu socjalnym z dn. 13 czerwca 2003r.,)

Cel skierowania wraz z uzasadnieniem:

.....
.....
.....
(wymienić kategorię i przyczyny wykluczenia społecznego)

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach prowadzonych w ramach projektu „Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno- szansą na aktywizację społeczno- zawodową nieaktywnych mieszkańców”, na zasadach określonych przez Centrum w „Indywidualnym programie zatrudnienia Socjalnego”.

„ Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno – instytucją wspomagającą aktywizację społeczno- zawodową nieaktywnych mieszkańców”, Oś VII. Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno- zawodowej, współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020.



.....
(data i podpis kandydata)

Opinia pracownika socjalnego Ośrodka Pomocy Społecznej w
dotycząca zakwalifikowania Pana/Pani

Strona | 2

Do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie w ramach projektu „Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno- szansą na aktywizację społeczno-zawodową nieaktywnych mieszkańców”, po przeprowadzonym wywiadzie środowiskowym w dniu

.....
(data i czytelny podpis pracownika socjalnego)

Opinia Kierownika Ośrodka Pomocy Społecznej/Dyrektora Powiatowego Urzędu Pracy w w sprawie zakwalifikowania Pana/Panido uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej w ramach projektu „**Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno- szansą na aktywizację społeczno- zawodową nieaktywnych mieszkańców**”. Po rozpatrzeniu wniosku o zakwalifikowanie do udziału w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody* na zawarcie Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego.

*w przypadku nie wyrażenia zgody należy podać uzasadnienie.

.....
(pieczętka OPS/PUP)

.....
(data i podpis kierownika OPS/PUP)

Załączniki:

1. Zaświadczenie o posiadaniu III profilu z PUP
2. Zaświadczenie o dochodzie z OPS

„ Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno – instytucją wspomagającą aktywizację społeczno-zawodową nieaktywnych mieszkańców”, Oś VII. Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno- zawodowej, współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020.

Załącznik nr 2 do Regulaminu

Naboru i Uczestnictwa

w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

Strona | 3

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie, Rzyszczewo 40/12, 76-100 Sławno

I DANE PERSONALNE (proszę wypełnić drukowanymi literami)					
1	IMIE I NAZWISKO				TELEFON
2	IDENTYFIKATORY	PESEL		WIEK	
		DATA I MIEJSCE URODZENIA			
		PLEĆ	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/> KOBIETA		
3	ADRES ZAMIESZKANIA:	ULICA			
		NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY	
		MIEJSCOWOŚĆ		GMINA	
		POWIAT	<i>SŁAWIEŃSKI</i>	WOJEWÓDZTWO	<i>ZACH-POM</i>
4	UKOŃCZONE KURSY, SZKOLENIA*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE * Wymienić najważniejsze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

„Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno – instytucją wspomagającą aktywizację społeczno-zawodową nieaktywnych mieszkańców”, Oś VII. Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz aktywizacji społeczno-zawodowej, współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020.

6	DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE * Wymienić najważniejsze <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																		
7	ŹRÓDŁO UTRZYMANIA	<input type="checkbox"/> ZASIŁEK Z INSTYTUCJI, wpisać nazwę inst., nazwę zasiłku i kwotę..... <input type="checkbox"/> NA UTRZYMANIU RODZINY <input type="checkbox"/> RENTA ZUS (rodzinna, socjalna), wpisać kwotę..... <input type="checkbox"/> INNE, jakie.....																		
II IDENTYFIKACJA BENEFICJENTA (Proszę wstawić X w odpowiedniej rubryce)																				
1	WYKSZTAŁCENIE	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="343 864 1275 920">Brak</td> <td data-bbox="1275 864 1482 920" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 920 1275 1014">Podstawowe Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej</td> <td data-bbox="1275 920 1482 1014" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1014 1275 1108">Gimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej</td> <td data-bbox="1275 1014 1482 1108" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1108 1275 1220">Ponadgimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły zawodowej</td> <td data-bbox="1275 1108 1482 1220" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1220 1275 1294">Ponadgimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły średniej</td> <td data-bbox="1275 1220 1482 1294" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1294 1275 1406">Pomaturalne Wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.....</td> <td data-bbox="1275 1294 1482 1406" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1406 1275 1518">Wyższe Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej.....</td> <td data-bbox="1275 1406 1482 1518" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Brak	<input type="checkbox"/>	Podstawowe Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej	<input type="checkbox"/>	Gimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej	<input type="checkbox"/>	Ponadgimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły zawodowej	<input type="checkbox"/>	Ponadgimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły średniej	<input type="checkbox"/>	Pomaturalne Wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.....	<input type="checkbox"/>	Wyższe Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej.....	<input type="checkbox"/>				
Brak	<input type="checkbox"/>																			
Podstawowe Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej	<input type="checkbox"/>																			
Gimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej	<input type="checkbox"/>																			
Ponadgimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły zawodowej	<input type="checkbox"/>																			
Ponadgimnazjalne Wykształcenie na poziomie szkoły średniej	<input type="checkbox"/>																			
Pomaturalne Wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym.....	<input type="checkbox"/>																			
Wyższe Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej.....	<input type="checkbox"/>																			
2	PRZYCZYNA	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="343 1518 1275 1570">Bezrobocie: bez pracy poniżej 12 miesięcy</td> <td data-bbox="1275 1518 1482 1570" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1570 1275 1621">Bezrobocie: bez pracy co najmniej 12 miesiące (podać okres)</td> <td data-bbox="1275 1570 1482 1621" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1621 1275 1673">Osoba zarejestrowana w PUP</td> <td data-bbox="1275 1621 1482 1673" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1673 1275 1724">Bezdomność</td> <td data-bbox="1275 1673 1482 1724" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1724 1275 1776">Uzależnienie od alkoholu, narkotyków itp. po terapii</td> <td data-bbox="1275 1724 1482 1776" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1776 1275 1827">Choroba psychiczna</td> <td data-bbox="1275 1776 1482 1827" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1827 1275 1879">Zwolnienie z zakładu karnego</td> <td data-bbox="1275 1827 1482 1879" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1879 1275 1930">Niepełnosprawność</td> <td data-bbox="1275 1879 1482 1930" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="343 1930 1275 1984">Uchodźstwo</td> <td data-bbox="1275 1930 1482 1984" style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Bezrobocie: bez pracy poniżej 12 miesięcy	<input type="checkbox"/>	Bezrobocie: bez pracy co najmniej 12 miesiące (podać okres)	<input type="checkbox"/>	Osoba zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/>	Bezdomność	<input type="checkbox"/>	Uzależnienie od alkoholu, narkotyków itp. po terapii	<input type="checkbox"/>	Choroba psychiczna	<input type="checkbox"/>	Zwolnienie z zakładu karnego	<input type="checkbox"/>	Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/>	Uchodźstwo	<input type="checkbox"/>
Bezrobocie: bez pracy poniżej 12 miesięcy	<input type="checkbox"/>																			
Bezrobocie: bez pracy co najmniej 12 miesiące (podać okres)	<input type="checkbox"/>																			
Osoba zarejestrowana w PUP	<input type="checkbox"/>																			
Bezdomność	<input type="checkbox"/>																			
Uzależnienie od alkoholu, narkotyków itp. po terapii	<input type="checkbox"/>																			
Choroba psychiczna	<input type="checkbox"/>																			
Zwolnienie z zakładu karnego	<input type="checkbox"/>																			
Niepełnosprawność	<input type="checkbox"/>																			
Uchodźstwo	<input type="checkbox"/>																			

<p style="text-align: center;">3</p>	<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ</p>	<p>Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020.</p> <p>Przesłanki wykluczenia społecznego, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014- 2020”. Jeśli wskazano „tak” należy zaznaczyć przesłanki, które spełnia dana osoba:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoba z rodziny korzystającej ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującej się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tj. ubóstwo; sieroctwo; bezdomność; bezrobocie; niepełnosprawność; długotrwała lub ciężka choroba; przemoc w rodzinie; potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochrona uzupełniająca lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; alkoholizm lub narkomania; zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa; klęska żywiołowa lub ekologiczna) <input type="checkbox"/> Dziecko osoby (lub osób), o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (bezdumni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego; uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej; chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; osoby niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych) <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz osoba z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej 	<p style="text-align: right;">Strona 5</p>
--------------------------------------	---	---	--

		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.) <input type="checkbox"/> Osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o której mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn. zm.) <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub dziecko z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020 <input type="checkbox"/> Członek gospodarstwa domowego, w którym sprawuje się opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z członków nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> Osoby niesamodzielne <input type="checkbox"/> Osoby Bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 <input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 	
Imię i nazwisko:		Podpis:	
Nr dowodu osobistego:		Miejsce zamieszkania:	
Data:			

Załącznik nr 3 do Regulaminu

Naboru i Uczestnictwa

w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie Strona | 7

Oświadczenie o dochodzie

Oświadczam, iż dochód mojej rodziny wynosi (słownie)
....., co w przeliczeniu na jednego członka rodziny
wynosi..... (słownie).

.....

(Miejscowość i data)

.....

(Imię i nazwisko kandydata)

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do projektu „Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie gmina Sławno- instytucją wspomagającą aktywizację społeczno – zawodową nieaktywnych mieszkańców” w tym uzyskaniu niezbędnych informacji z PUP i OPS.
2. Oświadczam, że wydatki związane z moim uczestnictwem w projekcie, nie zostaną zrefundowane całkowicie lub częściowo z innych niż niniejszy projekt środków publicznych, wspólnotowych lub krajowych, tzn. nie zachodzi niedozwolone podwójne finansowanie tego samego wydatku w ramach dwóch różnych projektów dofinansowanych w ramach RPO WZ lub innych programów operacyjnych.
3. Oświadczam, iż zapoznałem/ łaś się z Regulaminem Naboru i Uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego warunki.

.....
(Miejsowość i data)

.....
(podpis kandydata)

Oświadczenie o ubezpieczeniu

Oświadczam, że z dniem przystąpienia do udziału w projekcie zostałem poinformowany o konieczności przerejestrowania się z ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy na status osoby poszukującej pracy jestem zobowiązany zgłosić się do ubezpieczenia u członka rodziny pracującego w..... (art. 3 ust. 2 pkt 5 i 6 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r., o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych)

Okoliczność, iż zgodnie z wyżej przywołanymi przepisami u.ś.o.z. członkowie rodzin są ubezpieczeni nie oznacza automatycznie, że mają oni prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Członek rodziny nabywa bowiem prawo do przedmiotowych świadczeń od dnia zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 3 u.ś.o.z.). Oznacza to, że jeżeli dana osoba w świetle przepisów u.ś.o.z. ma status członka rodziny, ale nie została w odpowiednim trybie zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego, **nie ma prawa** do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W przypadku braku takiej możliwości jestem zobowiązany wystąpić z wnioskiem do Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego miejsca zamieszkania. Obowiązek zgłoszenia ubezpieczenia zdrowotnego leży po stronie zainteresowanego.

.....
Data i podpis zainteresowanego

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PODANIE DANYCH DLA WSPÓLNYCH WSKAŹNIKÓW PRODUKTU

Ja, niżej podpisany/a zamieszkały/a

..... PESEL

Wyrażam zgodę na podanie moich danych dla wspólnych wskaźników produktu niezbędnych do wykazania Uczestnika/czki Projektu.

.....
Data i podpis

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZEKAZANIE INFORMACJI NA TEMAT SYTUACJI PO OPUSZCZENIU PROJEKTU

Ja, niżej podpisany/a zamieszkały/a
..... PESEL.....

Oświadczam, że zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie.

.....
Data i podpis

ZODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na rozpowszechnienie, w tym publikację mojego wizerunku we wszelkich materiałach promocyjnych i informacyjnych ww. Projektu, dokonanej za pośrednictwem dowolnego medium.

Równocześnie oświadczam, że cis w Rzyszczewie ma prawo upoważnić inne podmioty do korzystania z wizerunku wyłącznie w celu prawidłowej realizacji Projektu.

.....
(data i podpis kandydata)