

Załącznik nr 1 do Regulaminu  
Naboru i Uczestnictwa  
w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

....., dnia..... Strona | 10

Nr wniosku .....

**Wniosek o skierowanie do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych w ramach projektu  
„Gotowi do pracy z Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie”**

.....  
(imię i nazwisko Uczestnika)

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

.....  
(PESEL)

.....  
(nr telefonu)

Wnioskodawca:

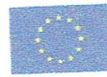
.....  
.....  
.....  
(Imię i nazwisko wnioskodawcy / przedstawiciela ustawowego lub pieczęć urzędowa instytucji wnioskującej  
zgodnie z art. 12 ustawy o zatrudnieniu socjalnym z dnia 13 czerwca 2003 r.)

Cel skierowania wraz z uzasadnieniem:

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

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w zajęciach prowadzonych w ramach projektu „Gotowi do pracy z Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie”, na zasadach określonych przez Centrum w „Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego”.

.....  
(data i podpis kandydata)



Opinia pracownika socjalnego Ośrodka Pomocy Społecznej w .....  
dotycząca zakwalifikowania Pana/Pani .....  
do uczestnictwa w zajęciach prowadzonych przez Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie  
w ramach projektu „Gotowi do pracy z Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie”, po  
przeprowadzonym wywiadzie środowiskowym w dniu ..... Strona | 11

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

.....  
(pieczęć OPS/PUP)

Załącznik nr 2 do Regulaminu  
Naboru i Uczestnictwa  
w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Strona | 12

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

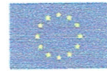
<b>I DANE PERSONALNE</b> (proszę wypełnić drukowanymi literami)				
<b>1</b>	<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>			<b>TELEFON</b>
<b>2</b>	<b>IDENTYFIKATORY</b>	<b>PESEL</b>		<b>WIEK</b>
		<b>DATA I MIEJSCE URODZENIA</b>		
		<b>PŁEĆ</b>	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA <input type="checkbox"/> KOBIETA	
<b>3</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>	<b>ULICA</b>		
		<b>NR DOMU / LOKALU</b>	<b>KOD POCZTOWY</b>	
		<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	<b>GMINA</b>	
		<b>POWIAT</b>	SŁAWIEŃSKI	<b>WOJEWÓDZTWO</b> ZACHODNIOPOM.
<b>4</b>	<b>UKOŃCZONE KURSY, SZKOLENIA*</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE   *wymienić najważniejsze <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....		

*„Gotowi do pracy z Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie”, 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.*

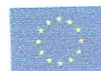


5	<b>DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE*</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *wymienić najważniejsze <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	
6	<b>ŹRÓDŁO UTRZYMANIA</b>	<input type="checkbox"/> ZASIŁEK Z INSTYTUCJI, wpisać nazwę instytucji, nazwę zasiłku i kwotę ..... ..... <input type="checkbox"/> NA UTRZYMANIU RODZINY ..... <input type="checkbox"/> RENTA ZUS (rodzinna, socjalna), wpisać kwotę ..... <input type="checkbox"/> INNE, jakie .....	Strona   13
<b>II IDENTYFIKACJA BENEFICJENTA</b> (proszę wstawić X w odpowiedniej rubryce)			
1	<b>WYKSZTAŁCENIE</b>	<b>Brak</b> <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> Wykształcenie na poziomie szkoły podstawowej <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> Wykształcenie na poziomie szkoły gimnazjalnej <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> Wykształcenie na poziomie szkoły zawodowej ..... <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> Wykształcenie na poziomie szkoły średniej <input type="checkbox"/> <b>Pomaturalne</b> Wykształcenie na poziomie powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym ..... <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> Wykształcenie na poziomie szkoły wyższej ..... <input type="checkbox"/>	
2	<b>PRZYCZYNA</b>	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"/> Uchodźctwo <input type="checkbox"/>	

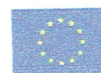




3	PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ	<p>Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przestanki, o których mowa w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020.</p> <p>Przestanki 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 przestanki, które spełnia dana osoba:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><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).</li> <li><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 (bezdomni 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).</li> <li><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.</li> <li><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.).</li> </ul>	Strona   14
---	----------------------------------	--	-------------



		<p><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.).</p> <p><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.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Osoby niesamodzielne.</p> <p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.</p>	
<b>Imię i nazwisko:</b>		<b>Podpis:</b>	
<b>Nr dowodu osobistego:</b>		<b>Miejsce zamieszkania:</b>	
<b>Data:</b>			



Załącznik nr 3 do Regulaminu  
Naboru i Uczestnictwa  
w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

Strona | 16

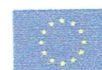
## OŚWIADCZENIE O DOCHODZIE

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

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko kandydata)





Załącznik nr 4 do Regulaminu  
Naboru i Uczestnictwa  
w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

Strona | 17

## OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w procesie rekrutacji do projektu „Gotowi do pracy z Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie” 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/łam się z Regulaminem Naboru i Uczestnictwa w Projekcie i akceptuję jego warunki.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko kandydata)

## OŚWIADCZENIE O UBEZPIECZENIU

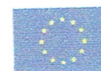
Oświadczam, że z dniem przystąpienia do udziału w projekcie zostałem poinformowany o konieczności przerejestrowania się z ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy na status osoby poszukującej pracy, jestem zobowiązany zgłosić się do ubezpieczenia u członka rodziny pracującego w ..... (art. 3 ust. 2 pkt 5 i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

Okoliczność, iż zgodnie z wyżej przywołanymi przepisami u. o.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. o.ś. o. z. Oznacza to, że jeżeli dana osoba w świetle przepisów u. o.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.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko kandydata)



Załącznik nr 6 do Regulaminu  
Naboru i Uczestnictwa  
w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

Strona | 19

## 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/Uczestniczki Projektu.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(imię i nazwisko kandydata)



Załącznik nr 7 do Regulaminu  
Naboru i Uczestnictwa  
w Centrum Integracji Społecznej w Rzyszczewie

Strona | 20

## 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.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko kandydata)



## ZGODA 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.

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko kandydata)

## WNIOSEK O WYDANIE

ZAŚWIADCZENIA

INFORMACJI

## Z KONTA OSOBY UBEZPIECZONEJ

## Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli potrzebne Ci są informacje z Twojego konta w ZUS.

Zaznacz **zaświadczenie**, jeżeli inny urząd wymaga potwierdzenia danych z Twojego konta w ZUS lub zaznacz **informacja**, jeżeli chcesz się dowiedzieć jakie dane masz na swoim koncie w ZUS.

Otrzymasz od nas zaświadczenie lub informację na ten temat.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

## Twoje dane

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu  
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

## Jakie dane chcesz otrzymać

o zgłoszeniu i okresach podlegania ubezpieczeniom społecznym

o przerwach w opłacaniu składek

o podstawach wymiaru składek

o zgłoszeniu przez pracodawcę informacji o wykonywaniu pracy  
w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze i okresach  
pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterzew zakresie danych o członkostwie w otwartym funduszu emerytalnym  
(OFE)



o składkach przekazanych do OFE za okres

w innej (opisz poniżej)

**Wskaż okres lub płatnika składek:**

za okres   
Jeśli nie wskażesz okresu, weźmiemy pod uwagę wszystkie okresy

u wskazanego poniżej płatnika składek (np. pracodawcy)  
Jeśli nie wskażesz płatnika składek, będziemy brać pod uwagę wszystkich Twoich płatników

NIP płatnika 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwa albo imię i nazwisko płatnika

NKP płatnika i adres siedziby płatnika

NKP to numer, który nadawaliśmy płatnikom składek, którzy prowadzili działalność gospodarczą przed 1.01.1999 r. Podaj tylko wtedy, gdy potrzebujesz informacje z tego okresu

**Uzasadnienie wniosku**

Wskaż, do jakich celów potrzebujesz zaświadczenie z Twojego konta, np. musisz je przedstawić w Powiatowym Urzędzie Pracy

**Sposób odbioru odpowiedzi**

w placówce ZUS (osobiście lub przez osobę upoważnioną)       pocztą na adres wskazany we wniosku       na moim koncie na Platformie Usług Elektronicznych (PUE ZUS)

Data 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
dd / mm / rrrr

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis

Informacje, o których mowa w art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia 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 (RODO), są dostępne w centrali lub terenowych jednostkach organizacyjnych ZUS oraz na stronie internetowej ZUS pod adresem: <http://bip.zus.pl/rodo/rodo-klauzule-informacyjne>