

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY - PROJEKT PN. WPROWADZAM ZMIANY

Szanowni Państwo!

1. Formularz proszę wypełnić elektronicznie lub odręcznie (DRUKOWANYMI LITERAMI).
2. Pola wyboru proszę zaznaczyć znakiem **X** lub poprzez kliknięcie w formularzu elektronicznym.
3. **PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ OŁÓWKIEM.** Należy użyć niebieskiego długopisu lub uzupełnić elektronicznie – w przeglądarce internetowej lub innej aplikacji obsługującej formularze PDF.
4. Proszę zapoznać się z całym dokumentem, w szczególności z oświadczeniami i podpisać w wyznaczonych miejscach.

DANE UCZESTNIKA

Imię (imiona):

Nazwisko:

PESEL:

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

Data i miejsce urodzenia:

Płeć:

kobieta mężczyzna

Numer telefonu:

Adres e-mail:

MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Kraj:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Ulica:

Numer budynku/mieszkania:

Kod pocztowy:

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

POZIOM WYKSZTAŁCENIA

- brak podstawowe gimnazjalne
 ponadgimnazjalne / średnie policealne¹ wyższe

STATUS NA RYNKU PRACY

● **OSOBA ZWOLNIONA Z PRZYCZYN NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKA** – osoba pozostająca bez zatrudnienia, która utraciła pracę z przyczyn niedotyczących pracownika w okresie nie dłuższym niż 6 miesięcy przed dniem przystąpienia do projektu i nie posiadająca jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

- TAK NIE

OSOBA ZAREJESTROWANA W URZĘDZIE PRACY:

- TAK (nie zapomnij załączyć zaświadczenia z Powiatowego Urzędu Pracy).
 NIE (nie zapomnij załączyć zaświadczenia z ZUS – złożyć do ZUS wniosek US-7 z załącznika nr 1).

● **PRACOWNIK ZAGROŻONY ZWOLNIENIEM** - osoba zatrudniona u pracodawcy, który w okresie 12 miesięcy poprzedzających przystąpienie tego pracownika do projektu dokonał rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracowników zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 marca 2003 r. o szczególnych zasadach rozwiązywania z pracownikami stosunków pracy z przyczyn niedotyczących pracowników (Dz. U. z 2018 r. poz. 1969) lub zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy – w przypadku rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego z tych przyczyn u pracodawcy zatrudniającego mniej niż 20 pracowników – albo dokonał likwidacji stanowisk pracy z przyczyn ekonomicznych, organizacyjnych, produkcyjnych lub technologicznych. Osoba ta nie posiada jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

- TAK (nie zapomnij załączyć zaświadczenia pracodawcy - załącznik nr 2).
 NIE

● **PRACOWNIK PRZEWDZIANY DO ZWOLNIENIA** - osoba, która znajduje się w okresie wypowiedzenia stosunku pracy lub stosunku służbowego z przyczyn niedotyczących pracownika lub, która została poinformowana przez pracodawcę o zamiarze nieprzedłużenia przez niego stosunku pracy lub stosunku służbowego i nie posiadająca jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jest jednocześnie osobą samozatrudnioną.

- TAK (załącz kopię wypowiedzenia lub zaświadczenia od pracodawcy o zamiarze nieprzedłużenia przez niego umowy - załącznik nr 2).
 NIE

● **OSOBA ODCHODZĄCA Z ROLNICTWA** - osoba podlegająca ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu na podstawie ustawy z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. z 2023 r. poz. 208, z późn. zm.), zamierzająca podjąć zatrudnienie lub inną działalność pozarolniczą, objętą obowiązkiem ubezpieczenia społecznego na podstawie ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1009, z późn. zm.).

- TAK (załącz zaświadczenie z KRUS i Urzędu Gminy wraz z oświadczeniem stanowiącym załącznik nr 3)
 NIE

¹ Ukończona szkoła policealna (studium policealne), rodzaj szkoły przeznaczony dla absolwentów szkół średnich; matura nie jest wymagana.



DODATKOWE OŚWIADCZENIA

Czy jesteś osobą z niepełnosprawnościami?

- TAK** (załącz kserokopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności poświadczonego za zgodność z oryginałem)
- NIE**
- ODMOWA PODANIA INFORMACJI**

Wpisz, czy jako osoba z niepełnosprawnościami zgłaszasz szczególne potrzeby dotyczące udziału w projekcie (w tym w zakresie udziału w rekrutacji) oraz jakie to są potrzeby:

Czy jesteś osobą obcego pochodzenia?

- TAK** **NIE**

Czy jesteś osobą z krajów trzecich?

- TAK** **NIE**

Czy jesteś osobą należących do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie?

- TAK** **NIE** **ODMOWA PODANIA INFORMACJI**

Czy jesteś osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

- TAK** **NIE**

Czy w okresie ostatnich 12 miesięcy prowadziłeś/łaś działalność gospodarczą w rozumieniu Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 roku (Dz. Nr 173 poz.1807z póź. Zmianami)?

- TAK** **NIE**

OŚWIADCZENIA I ZGODY

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

Oświadczam również, że zgodnie ze wskazanym statusie na rynku pracy nie posiadam jednocześnie źródła dochodu z tytułu innej działalności zarobkowej wykonywanej w wymiarze równym lub większym niż połowa wymiaru czasu pracy lub nie jestem jednocześnie osobą samozatrudnioną.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz 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 (RODO).

Miejscowość, data

Czytelny podpis

ANKIETA WSTĘPNA
dot. zainteresowania formami wsparcia
w ramach projektu pn. WPROWADZAM ZMIANY

Imię i nazwisko:

Poniżej proszę zaznaczyć „X” (lub poprzez kliknięcie w formularzu elektronicznym) przy formach wsparcia, którymi jest Pani/Pan zainteresowana/y.

- POŚREDNICTWO PRACY**
- SZKOLENIA/KURSY**
- STAŻ**
- STUDIA PODYPLOMOWE**
- WARSZTAT Z ZAKRESU AKTYWIZACJI NA RYNKU PRACY**
- KONSULTACJE INDYWIDUALNE Z DORADCĄ ZAWODOWYM**
- WSPARCIE ADAPTACYJNE W NOWYM MIEJSCU PRACY**
- CYKL SPOTKAŃ POGADAJMY PRZY CIASTKU I KAWIE: Kobieta prowadząca własną firmę. Kobieta liderka w firmie. Kobieta w sektorze finansowym. Kobieta w branży technologicznej.**
- WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE**
- DOTACJA NA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ**
- WYPOSAŻENIE/DOPOSAŻENIE STANOWISKA PRACY**

Czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU PN. WPROWADZAM ZMIANY

W związku z przystąpieniem do projektu pn. WPROWADZAM ZMIANY oświadczam, że nie biorę udziału i nie otrzymuję jednocześnie wsparcia o analogicznym celu/charakterze w projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) oraz Funduszu Sprawiedliwej Transformacji (FST) Działanie 8.1 Działania na rzecz poprawy sytuacji na rynku pracy typ projektu A: kompleksowe programy transformacji i wsparcia na rynku pracy oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w ww. projekcie nie będę uczestniczył w projekcie EFS+ oraz FST Działanie 8.1.

Miejscowość, data

Czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU PN. WPROWADZAM ZMIANY

W związku z przystąpieniem do projektu pn. WPROWADZAM ZMIANY, nr FEMP.06.06-IP.02-0050/23 oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

- 1) administratorem moich danych osobowych, przetwarzanych w ramach projektu jest MDCH Magdalena Dębowska-Cholewińska, adres do korespondencji:
43-100 Tychy, ul. Curie Skłodowskiej 19/13;
Nie narusza to praw i nie wyłącza obowiązków innych administratorów moich danych osobowych w rozumieniu art. 88 Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 tj. Instytucji Zarządzającej – Zarząd Województwa Małopolskiego, Instytucji Pośredniczącej – Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Krakowie, ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego;
- 2) przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 na podstawie:
 - a) ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027,
 - b) – rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej.
 - c) – rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013.
- 3) moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności do celów monitorowania, sprawozdawczości, komunikacji, publikacji, ewaluacji, zarządzania finansowego, weryfikacji i audytów oraz w stosownych przypadkach, do celów określania kwalifikowalności uczestników, a także w celach archiwalnych i statystycznych. W przypadku badań ewaluacyjnych zleconych przez Instytucję Zarządzającą – Zarząd Województwa Małopolskiego, Instytucję Pośredniczącą – Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie lub innego podmiotu, który zawarł porozumienie z Instytucją Zarządzającą lub Instytucją Pośredniczącą na realizację ewaluacji, Beneficjent udostępni moje dane, w tym dane teleadresowe;
- 4) moje dane osobowe będą przechowywane do momentu zakończenia realizacji projektu i jego rozliczenia oraz do momentu zamknięcia i rozliczenia programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 oraz zakończenia okresu trwałości dla projektu i okresu archiwizacyjnego w zależności od tego, która z tych dat nastąpi później;

- 5) podanie danych ma charakter dobrowolny, aczkolwiek jest wymogiem ustawowym a konsekwencją odmowy ich podania jest brak możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu;
- 6) posiadam prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich: sprostowania, ograniczenia przetwarzania, zgodnie z art. 15, 16 i 18 RODO;
- 7) mam prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uznaję, iż przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy RODO;
- 8) moje dane osobowe mogą zostać ujawnione innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa oraz mogą być również powierzone podmiotom przetwarzającym, np. partnerowi projektu tj. Małopolskiemu Związkowi Pracodawców Lewiatan w związku z realizacją umowy partnerskiej, czy innym podmiotom w przypadku umów w zakresie usług IT;
- 9) moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany, w tym również profilowane;
- 10) mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na email: mdch072016@gmail.com lub pisemnie na adres: 43-100 Tychy, ul. Curie Skłodowskiej 19/13.
- 11) w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.

Miejscowość, data

Czytelny podpis

Załączniki:

Załącznik nr 1 – wniosek do ZUS wersja edytowalna (osoby bezrobotne niezarejestrowane w Urzędzie Pracy). **PROSZĘ WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE NIEBIESKIE POLA** (sekcja Twoje dane, Sposób odbioru odpowiedzi oraz Data i Podpis) I ZŁÓŻ WNIOSEK DO ZUS.

Załącznik nr 2 – wzór zaświadczenia pracodawcy (pracownicy zagrożeni zwolnieniem/przewidziani do zwolnienia).

Załącznik nr 3 – wzór oświadczenia rolnika.

WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL KOMISJI REKRUTACYJNEJ:

KRYTERIUM PREFERENCJI	LICZBA PRYZNANYCH PUNKTÓW
OSOBA ZWOLNIONA Z PRZYCZYŃ NIEDOTYCZĄCYCH PRACOWNIKA W OKRESIE NIE DŁUŻSZYM NIŻ 6 M-CY PRZED PRZYSTĄPIENIEM DO PROJEKTU (40 PKT).	
PRACOWNIK ZNAJDUJĄCY SIĘ W OKRESIE WYPOWIEDZENIA STOSUNKU PRACY LUB STOSUNKU SŁUŻBOWEGO (40 PKT).	
KOBIETA (10 PKT).	
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI (7 PKT).	
OSOBA PONIŻEJ 30 R. Ż. (5 PKT).	
OSOBA W WIEKU 50+ (5 PKT).	
OSOBA O NISKICH KWALIFIKACJACH (5 PKT).	
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW	