***Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu” Odważ się być aktywnym!”***

Projekt ”Odważ się być aktywnym!” FEMA.08.01-IP.01-03F2/24-00 realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027 współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Priorytet VIII: Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu, Działanie 8.1: Aktywizacja społeczna i zawodowa

|  |  |
| --- | --- |
| **Formularz zgłoszeniowy do projektu**  **„Odważ się być aktywnym!” nr FEMA.08.01-IP.01-03F2/24** | |
| Numer referencyjny Formularza:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Data wpływu Formularza:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

*UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do projektu należy zapoznać się z Regulaminem Projektu „Odważ się być aktywnym!”. Formularz zgłoszeniowy do projektu należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PODSTAWOWE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | **BRAK PESEL** | |  |
| **PŁEĆ** | **Kobieta** ☐ **Mężczyzna** ☐ | | | | | | | | | | | | **WIEK** |  | |
| **OBYWATELSTWO** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **DANE TELEADRESOWE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **WOJEWÓDZTWO** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **POWIAT** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **GMINA** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **ULICA (nr domu i mieszkania)** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **MIEJSCOWOŚĆ** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **KOD POCZTOWY** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **TELEFON KONTAKTOWY** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **ADRES EMAIL** |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | |  |  | |
| **WYKSZTAŁCENIE:** | ☐ **Brak** *(Brak formalnego wykształcenia)* – ISCED 0  ☐ **Podstawowe** (*Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)* – ISCED 1  ☐ **Gimnazjalne** *(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)* – ISCED 2  ☐ **Ponadgimnazjalne –** ISCED 3**:**  ☐ kształcenie ukończone na poziomie zasadniczej szkoły zawodowej  ☐ kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej  ☐ **Policealne** *(Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* – ISCED 4  ☐ **Wyższe** *(Kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów licencjackich, magisterskich doktoranckich)* – ISCED 5-8 | | | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS KANDYDATA/TKI** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jestem osobą obcego pochodzenia / nie posiadam polskiego obywatelstwa**  (Osoba obcego pochodzenia to cudzoziemiec, osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą z państw trzecich/obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej**  (Osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego UE, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie**  (Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE  ☐ ODMOWA PODANIA | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA O PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jestem osobą dorosłą – ukończony 18 rok życia** | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem bądź wykluczeniem społecznym z co najmniej jednego z poniższych powodów (zgodnie z art. 7 Ustawy o Pomocy Społecznej z dn. 12 marca 2004 r.): ubóstwa, sieroctwa, bezdomności, bezrobocia, niepełnosprawności, długotrwałej lub ciężkiej choroby, przemocy w rodzinie, potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzeniu gospodarstwa domowego, trudności w integracji cudzoziemców, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzeń losowych i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej,** | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą niepracującą**  (Jeśli **TAK**, proszę zaznaczyć właściwe pole) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| □ **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy[[1]](#footnote-1)**  (Należy dołączyć zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzające status osoby bezrobotnej) | | | | | | |
| □ **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**  (Należy dołączyć zaświadczenie z PUP)  □ **w tym długotrwale bezrobotna**  (osoba do 25. roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, osoba powyżej 25. roku życia jest bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy) | | | | | | |
| □ **Osoba bierna zawodowo** [[2]](#footnote-2)  (Należy dołączyć Zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS potwierdzające brak tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej) | | | | | | |
| **Zamieszkuję na terenie Regionu Mazowieckiego Regionalnego (RMR)[[3]](#footnote-3), na obszarze jednego z następujących POWIATÓW:** | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE  ☐ sochaczewski  ☐ żyrardowski  ☐ gostyniński  ☐ płoński  ☐ płocki  ☐ m. Płock | | | | | | |
| **KRYTERIA DODATKOWO PUNKTOWANE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem bądź wykluczeniem społecznym, doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego (+5 pkt)**  (Zaznaczyć TAK jeśli występuje więcej niż jedna przesłanka określona powyżej.  W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” należy dołączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej). | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością[[4]](#footnote-4)(+5 pkt)**  **Rodzaj niepełnosprawności:**  **□ Stopień znaczny**  **□ Stopień umiarkowany** | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE    ☐ ODMOWA PODANIA | | | | | | |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością[[5]](#footnote-5)(+5 pkt)**  **Rodzaj niepełnosprawności:**  **□ Sprzężona[[6]](#footnote-6)**  **□ Zaburzenia psychiczne (w tym z niepełnosprawnością intelektualną i/lub z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi)**  **□ Intelektualna**  **□ Inne (jakie) ……………………………**  (W rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10.  W przypadku odpowiedzi **TAK** - należy dołączyć orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE    ☐ ODMOWA PODANIA | | | | | | |
| **Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FE PŻ) (+5 pkt)**  (Należy dołączyć dokument potwierdzający korzystanie z programu (zaświadczenie z OPS/organizacji wydającej żywność)) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej (+5 pkt)**  (Należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie[[7]](#footnote-7)(+5 pkt)**  (Na podstawie oświadczenia UP) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy (+5 pkt)**  (Na podstawie zaświadczenia z KRK) | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |
| **Zamieszkuję na terenie gminy zagrożonej trwałą marginalizacja lub miasta tracącego funkcje społeczne[[8]](#footnote-8) (+2 pkt)** | | | | | | | | | ☐ TAK ☐ NIE | | | | | | |

|  |
| --- |
| **II. INFORMACJE DODATKOWE** |
| **Czy deklaruje Pan/i zapotrzebowanie na dodatkowe wsparcie w projekcie:**  ❒ zwrot kosztów dojazdu (śr. odległość 30-40 km w jedną stronę)  ❒ zwrot kosztów opieki nad dzieckiem  ❒ zwrot kosztów opieki nad osobą zależną |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/ki |

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym 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.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/tki |
|  |  |

|  |
| --- |
| **ANKIETA POTRZEB - KONIECZNE USPRAWNIENIA** |

*UWAGI KANDYDATÓW/TEK Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ ZWIĄZANE Z POTENCJALNYM UCZESTNICTWEM W PROJEKCIE UMOŻLIWIAJĄCE UDZIAŁ NA TAKICH SAMYCH WARUNKACH JAK INNI UCZESTNICY PROJEKTU.*

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Czy jest Pan/i osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?** | |
| **☐ TAK ☐ NIE** | |
| 1. **Czy ma Pan/i specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie (np. paraliż kończyn górnych, głuchość)?** | |
| **☐ TAK ☐ NIE** | |
| (Poniżej proszę wpisać jakie):   * Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych:…………………………….. * Alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille`a itp.):…………………… * Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:………………………………………… * Zapewnienie tłumacza języka migowego:……………………………………………………. * Inne: ……………………………………………………………………………………………... | |
| 1. **Jakie trudności ma Pan/i ze względu na swoją niepełnosprawność?  (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):** | |
| ☐ samodzielne poruszanie się,  ☐ czytanie i rozumieniem tekstu,  ☐ komunikowanie się z otoczeniem,  ☐ trudności emocjonalne,  ☐ inne………………………………………………………………………………  ☐ nie mam. | |
| 1. **Z jakiego sprzętu rehabilitacyjnego korzysta Pan/i na co dzień? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):** | |
| **☐** z balkonika,  ☐ z wózka inwalidzkiego,  ☐ z aparatu słuchowego,  ☐ z białej laski,  ☐ pies przewodnik,  ☐ z innych (jakich?)……………………………………………………………. | |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/tki |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE O NIEUCZESTNICZENIU JEDNOCZEŚNIE W INNYM PROJEKCIE EFS+ Z ZAKRESU AKTYWIZACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ** | |
| Z uwagi na zapewnienie zabezpieczenia przed wystąpieniem **ryzyka podwójnego finansowania**,Kandydat/kapoinformowany/a przez Sysco Polska sp. z o.o. o procedurze weryfikowania złożonego oświadczenia oraz uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, składa następujące oświadczenie.  **OŚWIADCZENIE O NIEUCZESTNICZENIU JEDNOCZEŚNIE W INNYM PROJEKCIE EFS+ Z ZAKRESU AKTYWIZACJI SPOŁECZNO-ZAWODOWEJ**  Ja niżej podpisany/a, uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że:  **NIE UCZESTNICZĘ** jednocześnie w innym projekcie EFS+ z zakresu aktywizacji społeczno – zawodowej. | |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/tki |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIA** | |
| **Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:**   1. Samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie „Odważ się być aktywnym!” nr FEMA.08.01-IP.01-03F2/24, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, realizowanego przez Sysco Polska sp. z o.o. 2. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu: „Odważ się być aktywnym!” oraz spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie; 3. Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu: „Odważ się być aktywnym!” i akceptuję jego postanowienia; 4. Zostałem/am poinformowany/a, że ww. Projekt jest realizowany w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Priorytet: VIII Fundusze Europejskie dla aktywnej integracji oraz rozwoju usług społecznych i zdrowotnych na Mazowszu, Działanie: 8.1 Aktywizacja społeczna i zawodowa; 5. Zostałem/am poinformowana, że ww. Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej – Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027; 6. Zostałem/am poinformowany/a, że Organizatorem Projektu jest Sysco Polska sp. z o.o. 7. Zostałem/am poinformowany/a, że udział w projekcie jest bezpłatny; 8. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie; 9. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Sysco Polska sp. z o.o. oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej / Instytucji Pośredniczącej; 10. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach równości szans oraz przeciwdziałania dyskryminacji; 11. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazywania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu programu; 12. Mam świadomość, że usługi mogą odbywać się w miejscowości innej niż moje miejsca zamieszkania; 13. Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane Sysco Polska Sp. z o,o, stają się własnością firmy i nie mam prawa żądać ich zwrotu; 14. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych, etnicznych, dotyczących stanu zdrowia, itp.; 15. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail); 16. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie pn.: „Odważ się być aktywnym!” oraz zgodę na udział w dalszym postępowaniu rekrutacyjnym; 17. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Sysco Polska Sp. z o.o. na potrzeby rekrutacji oraz realizacji projektu pn.: „Odważ się byc aktywnym!” zgodnie z Ustawą z dnia 24.05.2018 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000, z późn. zm.) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych); 18. W związku z obowiązkiem upowszechniania informacji dotyczących realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej oraz promocji (Rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 z dnia 11 lipca 2006), wyrażam zgodę na utrwalanie mojego wizerunku na zdjęciach, publikowanie zdjęć, w tym na stronie internetowej, portalach społecznościowych czy w prasie; 19. Zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w Projekcie pn.:„Odważ się być aktywnym!” a w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym fakcie Organizatora Projektu; 20. Zobowiązuję się do informowania Organizatora Projektu o każdorazowej zmianie danych osobowych i kontaktowych wpisanych do Formularza zgłoszeniowego; 21. Wszelkie dane podane w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym w tym dane dotyczące wykształcenia; 22. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować Sysco Polska sp. z o. o. o rozpoczęciu udziału w innym Projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027.   **Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane w niniejszym formularzu informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.** | |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/tki |

|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIENIE OBOWIĄZKU INFORMACYJNEGO W ZAKRESIE OCHRONY DANYCH OSOBOWYCH** | |
| Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) informujemy, iż:   1. Administratorem Pana/i danych osobowych jest Sysco Polska Sp. z o.o.. z siedzibą przy al. Komisji Edukacji Narodowej 18/5b, 02-797Warszawa. 2. W sprawach z zakresu ochrony danych osobowych można kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych pod adresem e-mail:info@syscopolska.pl 3. Administrator przetwarza dane osobowe na podstawie udzielonej zgody. 4. Pana/i dane osobowe są przetwarzane w celu rekrutacji i są przetwarzane wyłącznie na podstawie wcześniej udzielonej zgody w zakresie i celu określonym w treści zgody. 5. Podstawą prawną przetwarzania danych jest art. 6 ust. 1 lit. a ww. Rozporządzenia. Dane osobowe będą przechowywane przez okres pięciu lat od dnia 31 grudnia w roku, w którym dokonano ostatniej wypłaty dofinansowania w ramach projektu, do którego realizowana jest rekrutacja dotycząca Pana/i osoby. 6. Odbiorcami Pana/i danych będą podmioty, które na podstawie zawartych umów przetwarzają dane osobowe w imieniu Administratora. 7. Podanie przez Pana/ią danych osobowych Administratorowi ma charakter dobrowolny. 8. Przysługuje Panu/i prawo do cofnięcia tej zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie to nie ma wpływu na zgodność przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem, z obowiązującym prawem. 9. Osoba, której dane dotyczą ma prawo do:   - dostępu do treści swoich danych oraz możliwości ich poprawiania, sprostowania, ograniczenia przetwarzania, a także – w przypadkach przewidzianych prawem - prawo do usunięcia danych i prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;  - wniesienia skargi do organu nadzorczego w przypadku gdy przetwarzanie danych odbywa się z naruszeniem przepisów powyższego rozporządzenia, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.  Potwierdzam odbiór klauzuli informacyjnej o przetwarzaniu moich danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. | |
|  | |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/tki |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE O DOSTARCZENIU DOKUMENTÓW** | |
| **Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:**  zobowiązuję się do dostarczenia Organizatorowi Projektu **do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie** (również w przypadku przerwania udziału w projekcie) dokumentów potwierdzających status na rynku pracy:   * Dokumenty potwierdzające zatrudnienie/samozatrudnienie: kopia umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub zaświadczenie od pracodawcy lub dokumenty potwierdzające rozpoczęcie prowadzenia działalności gospodarczej (np. dowód opłacenia należnych składek na ubezpieczenie społeczne lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ – np. ZUS, Urząd Skarbowy, urząd miasta/gminy) – dotyczy osób, które podejmą zatrudnienie/samozatrudnienie. * Dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności społecznej np.opinia psychologa, pedagoga, pracownika socjalnego, terapeuty; zaświadczenie o podjęciu nauki/wolontariatu; zaświadczenie o podjęciu/ukończeniu terapii/rehabilitacji; zaświadczenie o poprawie stanu zdrowia itp. * Zaświadczenie z PUP o zarejestrowaniu jako bezrobotny, zaświadczenie z agencji zatrudnienia/ pośrednictwa pracy o poszukiwaniu zatrudnienia. | |
|  |  |
| Miejscowość, data | Czytelny podpis Kandydata/tki |

1. Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie są osobami pracującymi ani bezrobotnymi). Za osoby bierne zawodowo uznawani są m.in.: studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące; dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących; doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie. W przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą należy traktować go jako osobę pracującą. W przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, należy go wykazywać we wskaźniku dotyczącym osób bezrobotnych [↑](#footnote-ref-2)
3. Region Mazowiecki Regionalny obejmuje powiaty tj.: sochaczewski, żyrardowski, gostyniński, płoński, płocki i m. Płock. [↑](#footnote-ref-3)
4. Osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123). [↑](#footnote-ref-4)
5. Osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123). [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepełnosprawność sprzężona – oznacza występowanie u jednej osoby co najmniej dwóch rodzajów niepełnosprawności, które w porównywalnym stopniu wpływają na organizm. [↑](#footnote-ref-6)
7. Osoby zamieszkujące obszary, które uznane są za wykluczone komunikacyjnie, tj. takie, na których brakuje połączeń transportem publicznym. [↑](#footnote-ref-7)
8. Gminy zagrożone marginalizacja na terenie RMR tj.: pow. płocki – Bulkowo, Drobin, Wyszogród, pow. płoński – Czerwińsk nad Wisłą, Dzierzążnia, Naruszewo Raciąż, pow. Gostyniński – Sanniki, Szczawin Kościelny oraz miasto trącące funkcje społeczno-gospodarcze – Gostynin. [↑](#footnote-ref-8)