**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

Projekt pn.„Wystandaryzowane wsparcie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym i ubóstwem poprzez utworzenie nowego Centrum Integracji Społecznej i wsparcie 6 dotychczas istniejących Centrów Integracji Społecznej na terenie województwa lubuskiego”.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **Dane uczestnika** |
|  | Imię (imiona) |  |
|  | Nazwisko |  |
|  | PESEL |  |
|  | Wykształcenie(zaznaczyć X) | Niższe niż podstawowe  |  |
| Podstawowe  |  |
| Gimnazjalne  |  |
| Ponadgimnazjalne  |  |
| Policealne  |  |
| Wyższe |  |
|  | Województwo | Lubuskie |
|  | Powiat |  |
|  | Gmina |  |
|  | Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
|  | Ulica  |  |  Nr domu / Nr lokalu |  |
|  | Miasto/Wieś |  |
|  | Telefon kontaktowy |  | E-mail |  |
|  | Powód zgłoszenia (zaznaczyć X)  | Jestem osobą **bezrobotną** zarejestrowaną w urzędzie pracy |  |
| Jestem osobą z ustalonym **III profilem pomocy** |  |
| Jestem osobą **bierną zawodowo** |  |
| Jestem osobą **niepełnosprawną**, Stopień: ……………………. |  |
| Korzystam z **programu żywnościowego** (PO PŻ) |  |
| Korzystam z pomocy społecznejOd kiedy? ……………………………..… |  |
| Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza **nie jest** **jednoznaczne z przyjęciem** do Centrum Integracji Społecznej w ramach Projektu, a uczestnictwo w zajęciach **nie jest podjęciem pracy** (na zasadach Kodeksu Pracy). Udział w zajęciach jest prowadzony na zasadach Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego. |
| Po zakwalifikowaniu, zobowiązuję się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w formularzu. |
| Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, ze wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszeniowej są zgodne z prawdą. |
| Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Integracji Społecznej w ramach Projektu (zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 1997 r. nr 133 poz.883 z późn. zm.). |
|  ….......................... ………………………………………............  Data Czytelny podpis kandydata  |

|  |
| --- |
| **ROZPOCZECIE UDZIAŁU W PROJEKCIE- WYPEŁNIA PRACOWNIK SOCJALNY** |
|  | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
|  | Data zakończenia udziału w projekcie |  |
|  | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |  |
| W tym | Długotrwale bezrobotna |  |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |  |
| Osoba bierna zawodowo |  |
|  | Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  |  |
| W tym | gospodarstwa domowe z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby żyjącej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) |  |
|  | Rodzaj przyznanego wsparcia | Usługa aktywnej integracji  |  |
| Usługa społeczna świadczona w interesie ogólnym |  |
| Doradztwo |  |
| Staż/praktyka |  |
| Zajęcia dodatkowe |  |
|  | Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niego ścieżką uczestnictwa | Tak |  |
| Nie |  |
|  | Sytuacja osoby w momencie zakończeni udziału w projekcie (wskazać 2)\* | Osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |  |
| Osoba poszukująca pracy |  |
| Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie |  |
| Osoba uzyskała kwalifikacje/ osoba nabyła kompetencje |  |
| Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie |  |
| Inne |  |
|  | Uczestnictwo w projekcie 7.1 | Tak  |  |
| Nie |  |
|  | Uczestnictwo w projekcie 7.2 | Tak |  |
| Nie |  |
|  | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |  |
|  | Data zakończenia udziału we wsparciu |  |

\**Sytuacja osoby…* - uzupełnić do 4 tyg. po zakończeniu udziału w projekcie.