Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „e-Mocni: cyfrowe umiejętności, realne korzyści”

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

**do Projektu „e-Mocni: cyfrowe umiejętności, realne korzyści”**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | e-Mocni: cyfrowe umiejętności, realne korzyści |
| Nazwa realizatora projektu: | Fundacja Aktywizacja |
| Nr projektu: | POPC.03.01.00-00-0013/16-00 |
| Nazwa Programu Operacyjnego: | Program Operacyjny Polska Cyfrowa |
| Nazwa i numer Osi Priorytetowej: | III. Cyfrowe kompetencje społeczeństwa |
| Nazwa i numer Działania: | Działanie 3.1 Działania szkoleniowe na rzecz rozwoju kompetencji cyfrowych |

# Część 1. Dane podstawowe Uczestnika/Uczestniczki

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE** |
| Imię/Imiona: |  |
| Nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Płeć: | Kobieta ☐ Mężczyzna ☐ |
| PESEL (jeżeli osoba nie posiada, proszę wpisać BRAK i podać datę urodzenia dd-mm-rrrr): |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w latach): |  |
| Wykształcenie: | 1. Proszę o zaznaczenie poziomu Pana/i wykształcenia:

☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe 1. Czy Pan/Pani uważa, że Pana/i wykształcenie pomaga znaleźć pracę?

☐ tak☐ nie |
| DANE KONTAKTOWE (należy podać adres zamieszkania na terenie gminy, z której uczestnik kwalifikuje się do udziału w projekcie – dane wskazane w poniższej części muszą potwierdzać stan faktyczny, potwierdzony przez niniejszą deklarację uczestnika/czki)  |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Numer budynku: |  |
| Numer lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

# Część 2. Status Uczestnika/Uczestniczki w chwili przystępowania do Projektu

|  |
| --- |
| 3. Osoba z niepełnosprawnościami*(w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia)* |
| ☐ TAK | ☐ NIE | ☐ Odmowa podania informacji |
| 3a. Rodzaj niepełnosprawności (należy wypełnić, jeśli w pkt. 3 zaznaczono TAK). |
| Proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności:Orzeczenia Powiatowych Zespołów ds. Orzekania o Niepełnosprawności☐ znaczny stopień niepełnosprawności (dawna I grupa inwalidzka) ☐ umiarkowany stopień niepełnosprawności (dawna II grupa inwalidzka) ☐ lekki stopień niepełnosprawności (dawna III grupa inwalidzka)  Orzeczenia lekarzy Orzeczników ZUS☐ całkowita niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji ☐ całkowita niezdolność do pracy ☐ częściowa niezdolność do pracy Orzecznictwo KRUS (orzeczenie wydane do 31.12.1997 r.)☐ całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym ☐ całkowita niezdolność do pracy w gospodarstwie rolnym i niezdolności do samodzielnej egzystencji ☐ Orzecznictwo Wojskowe (orzeczenie wydane do 31.12.1997 r.)Orzeczenie ważne do dnia .................................................................. |
| Proszę zaznaczyć rodzaj niepełnosprawności według kategorii w orzeczeniu *(można wybrać więcej niż jeden):*☐ osoba niewidoma lub słabowidząca☐ osoba niesłysząca lub słabosłysząca☐ osoba z uszkodzeniem narządu ruchu☐ osoba ze schorzeniem narządów wewnętrznych☐ osoba z epilepsją ☐ osoba ze schorzeniem psychicznym☐ osoba z niepełnosprawnością intelektualną ☐ osoba z orzeczeniem z ogólnego stanu zdrowia☐ osoba z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ inne rodzaje niepełnosprawności *(nie wymienione powyżej):* |
| 3b. Potrzeby wynikające z niepełnosprawności w kontekście uczestnictwa w Projekcie (należy wypełnić, jeśli w pkt. 3 zaznaczono TAK). |
| ☐ TAK (proszę wskazać, jakie): ……………………………………☐ NIE |

|  |
| --- |
| 4. Osoba z niepełnosprawnością, ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi *(osoba, która ze względu na niepełnosprawność wymaga szczególnego dostosowania warunków prowadzenia szkoleń, np. wydłużenia czasu zajęć, zmniejszenia liczebności grupy docelowej itp.)* |
| ☐ TAK | ☐ NIE | ☐ Odmowa podania informacji |
| 4a. Potrzeby edukacyjne, których zaspokojenie umożliwi udział w szkoleniach: |
| Proszę zaznaczyć, jakiego rodzaju wsparcie umożliwi Panu/Pani udział w szkoleniach (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):☐ wydłużony czas zajęć;☐ mniejsza liczebność grupy szkoleniowej (mniej niż 6 osób);☐ prowadzenie zajęć w Polskim Języku Migowym;☐ materiały szkoleniowe w Polskim Języku Migowym;☐ wykorzystanie podczas szkoleń oprogramowania dla osób niewidomych lub słabowidzących;☐ inne (proszę wskazać, jakie): ……………………………… |
|  Status na rynku pracy  |
| 1. ☐ osoba pracująca (w tym pracujący emeryci i renciści)

Osoba zatrudniona w ramach umowy o pracę lub umowy cywilno-prawnej, osoba prowadząca działalność gospodarczą lub rolniczą. Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim, rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i obejmuje późniejszą krótkoterminową opiekę nad dzieckiem, są uznawane za „osoby pracujące”.1. ☐ osoba bezrobotna

Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Niezależnie od spełnienia powyższych przesłanek, zarejestrowani bezrobotni są zaliczani do osób bezrobotnych. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są również osobami bezrobotnymi* 1. ☐ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy
		1. ☐ Osoba długotrwale bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy
	2. ☐ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy
		1. ☐ Osoba długotrwale bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Powiatowego Urzędu Pracy

W zależności od wieku:− młodzież – osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy,− dorośli (25 lat lub więcej) – osoba bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie.1. ☐ osoba bierna zawodowo (w tym niepracujący emeryci i renciści)

Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna. Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Za osoby bierne zawodowo uznaje się również osoby będące na urlopie wychowawczym, rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo) |

|  |
| --- |
| 5a. Status na rynku pracy – dane szczegółowe  |
| ☐ drobny przedsiębiorca (mikroprzedsiębiorca lub mały przedsiębiorca zgodnie z [Rozporządzeniem Komisji nr 651/2014 z 17.06.2014](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32014R0651&from=PL))Mikroprzedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 10 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 2 milionów EUR. Małe przedsiębiorstwo definiuje się jako przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 pracowników i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR. ☐ osoba prowadząca działalność rolniczą ☐ młoda osoba dorosła (do 30 lat), która zakończyła edukację (pracująca, bezrobotna lub bierna zawodowo)☐ inne |

|  |  |
| --- | --- |
| 5b. Główna forma zatrudnienia (dotyczy osób pracujących) | ☐ umowa o pracę na czas określony zawarta na okres do 1 roku☐ umowa o pracę na czas określony zawarta na okres powyżej 1 roku ☐ umowa o pracę na czas nieokreślony ☐ umowa cywilnoprawna (umowa zlecenie, umowa dzieło)☐ inny rodzaj umowy – jaki?.............................................. |

|  |
| --- |
| 6. Czy spełnia Pan/Pani któryś z poniższych warunków? (należy zaznaczyć wszystkie, które odnoszą się dodanej osoby lub jej rodziny) |
| ☐ osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej☐ osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym 1. bezdomny realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
2. osoba uzależniona od alkoholu,
3. osoba uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających,
4. osoba chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego,
5. osoba długotrwale bezrobotna w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,
6. osoba zwalniana z zakładu karnego, mająca trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
7. uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,
8. osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)

☐ osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej☐ osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.) ☐ 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 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375). ☐ rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością☐ osoba, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.); ☐ osoba niesamodzielna☐ osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; ☐ osoba odbywająca karę pozbawienia wolności☐ osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa |

|  |
| --- |
| 7. Osoba będąca interesantem Urzędu Gminy (osoba, która zasięgała informacji lub załatwiała sprawę w Urzędzie Gminy lub planuje to zrobić w najbliższym czasie – osobiście lub zdalnie) |
| ☐ TAK | ☐ NIE |  |

|  |
| --- |
| 8. Osoba, której dziecko jest objęte edukacją w przedszkolu lub szkole |
| ☐ TAK | ☐ NIE |  |

|  |
| --- |
| 9. Osoba będąca użytkownikiem biblioteki (osoba, która korzystała lub planuje korzystać w najbliższym czasie z zasobów i / lub usług biblioteki ) |
| ☐ TAK | ☐ NIE |  |

|  |
| --- |
| 10. Osoba będąca pacjentem ośrodka zdrowia lub szpitala (osoba, która korzystała z usług ośrodka zdrowia i/lub szpitala lub planuje to zrobić w najbliższym czasie) |
| ☐ TAK | ☐ NIE |  |

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883) dla potrzeb niezbędnych do rekrutacji, realizacji, ewaluacji i monitoringu projektu „e-Mocni: cyfrowe umiejętności, realne korzyści”

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ TAK | ☐ NIE |

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wrażliwych ujawnionych w niniejszej ankiecie dla potrzeb niezbędnych do rekrutacji, realizacji, ewaluacji i monitoringu projektu „e-Mocni: cyfrowe umiejętności, realne korzyści”.

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ TAK | ☐ NIE |

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (zgodnie z ustawą z 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883) dla potrzeb innych projektów realizowanych przez Partnerów projektu[[1]](#footnote-1).

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ TAK | ☐ NIE |

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………………… MIEJSCOWOŚĆ, DATA | ……………………………………………………………………… CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/-CZKI PROJEKTU |

………………………………………………………………………………………

CZYTELNY PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO[[2]](#footnote-2)

1. *Wyrażenie zgody w pkt 3. jest nieobowiązkowe by wziąć udział w projekcie „e-Mocni: cyfrowe umiejętności, realne korzyści”* [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku wypełnienia formularza zgłoszeniowego przez osobę ubezwłasnowolnioną sądowo, oświadczenie powinno zostać podpisane zarówno przez daną osobę jak również przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-2)