

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Gmina Grabica wspiera w opiece nad dziećmi do lat 3”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU: „Gmina Grabica wspiera w opiece nad dziećmi do lat 3”**

Wypełnia osoba przyjmująca Formularz zgłoszeniowy:	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	Podpis osoby przyjmującej Formularz

DANE PERSONALNE	
Imię/imiona: _____	Nazwisko: _____
Data urodzenia: _____	Miejsce urodzenia: _____
Płeć (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	PESEL: _____
Obywatelstwo: _____	
ADRES ZAMIESZKANIA	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
ADRES DO KORESPONDENCJI (podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	
Miejscowość: _____	Ulica: _____
Numer domu: _____ Numer lokalu: _____	Kod pocztowy: _____ Poczta: _____
Gmina: _____	Powiat: _____
Województwo: _____	Obszar (właściwe zaznaczyć): <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
DANE KONTAKTOWE	
Numer telefonu: _____	Adres e-mail: _____

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKSZTAŁCENIA KANDYDATA

(właściwe zaznaczyć - należy wykazać jeden, najwyższy ukończony poziom kształcenia):

<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ukończona szkoła podstawowa)
<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	Ponadgimnazjalne: <input type="checkbox"/> ukończona szkoła średnia ogólna <input type="checkbox"/> ukończona szkoła średnia zawodowa <input type="checkbox"/> ukończona szkoła zasadnicza zawodowa
<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym)	<input type="checkbox"/> Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)

### OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE STATUSU ZAWODOWEGO (właściwe zaznaczyć):

Jestem osobą pracującą<sup>1</sup>       TAK       NIE

W tym

osobą pracującą przebywającą na urlopie macierzyński/rodzicielski

Planowana data powrotu do pracy: \_\_\_\_\_

zatrudnioną w:

<input type="checkbox"/> administracji rządowej	<input type="checkbox"/> administracji samorządowej	<input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej
<input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> mikro, małym bądź średnim	<input type="checkbox"/> prowadzę działalność
<input type="checkbox"/> inne	przedsiębiorstwie	na własny rachunek

w związku z powyższym wykonuję następujący zawód:

instruktor praktycznej nauki zawodu       nauczyciel kształcenia ogólnego

<sup>1</sup> **Osoby pracujące**- osoby w wieku 15 lat i więcej, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, z której czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub prowadzące działalność na własny rachunek, które chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, urlop, spór pracowniczy czy kształcenie się lub szkolenie. Osoby prowadzące działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową - są również uznawane za pracujących, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

- osoba pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli przedsiębiorstwo nie osiąga zysków;
- osoba poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usług i nic nie wyprodukowano (np.: rolnik wykonujący prace w celu utrzymania swojego gospodarstwa; architekt spędzający czas w oczekiwaniu na klientów w swoim biurze; rybak naprawiający łódkę czy siatki rybackie, aby móc dalej pracować; osoby uczestniczące w konwencjach lub seminariach);
- osoba jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej; zalicza się do tego zakup lub instalację sprzętu, zamawianie towarów w ramach przygotowań do uruchomienia działalności.

Bezpłatnie pomagający członek rodziny uznawany jest za osobę pracującą, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bezpośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”. Żołnierz poborowy, który wykonuje określoną pracę, za którą otrzymuje wynagrodzenie lub innego rodzaju zysk nie jest uznawany za „osobę pracującą”. Osoba przebywająca 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) jest uznawana za „osobę pracującą”. Osobę przebywającą na urlopie wychowawczym należy uznawać za bierną zawodowo zgodnie z definicją osoby biernej zawodowo.



- |                                                                                              |                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego                                | <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego              |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia                        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy               |
| <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej        | <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego      |
| <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej | <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |
| <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej                     | <input type="checkbox"/> rolnik                                         |
| <input type="checkbox"/> inny, jaki? _____                                                   |                                                                         |

Moje miejsce pracy to (należy podać nazwę firmy/ instytucji): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**POZOSTAŁE INFORMACJE O KANDYDACIE – świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam że (zaznaczyć właściwe):**

1. Jestem osobą zamieszkującą/uczącą się/pracującą w Gminie Grabica w województwie łódzkim w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego  TAK  NIE

2. Jestem osobą sprawującą opiekę nad dzieckiem do 3 roku życia  TAK  NIE

Dane dziecka:

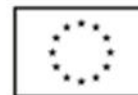
Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Data urodzenia: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

3. Jestem osobą z niepełnosprawnością  TAK  NIE

*W przypadku odpowiedzi twierdzącej do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem kserokopię orzeczenia lub dokumentu równoważnego, potwierdzający stan zdrowia*

4. Jestem rodzicem/ opiekunem prawnym sprawującym opiekę nad dzieckiem do lat 3, które posiada niepełnosprawność (dotyczy dziecka zgłaszanego do projektu)  TAK  NIE



5. Jestem osobą o niskich dochodach poniżej minimum socjalnego zgodnie z kryterium dochodowym pomocy społecznej - Próg dochodowy dla osoby samotnie gospodarującej wynosi 776 zł. W przypadku rodzin wynosi 600 zł w przeliczeniu na jednego członka  TAK  NIE

*W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej opcjonalnie należy załączyć również dokumenty poświadczające ten fakt.*

6. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej/ migrantem/osobą obcego pochodzenia  TAK  NIE

7. Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE

8. Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  TAK  NIE

9. Jestem z rodziny wielodzietnej, tj. z rodziny, w której jest więcej niż troje dzieci  TAK  NIE

**WNIOSKOWANY OKRES FINANSOWANIA OPIEKI NAD DZIECKIEM PRZEZ NIANIĘ (np. maj 2022-maj 2023)**

Należy wpisać okres:

**WYBRANY SPOSÓB POINFORMOWANIA O WYNIKACH REKRUTACJI:**

Wnioskuje o poinformowanie mnie o wynikach rekrutacji w następujący sposób:

- TAK  NIE telefonicznie pod numerem telefonu wskazanym w niniejszym formularzu
- TAK  NIE mailowo na adres e-mai wykazany w niniejszym formularzu
- TAK  NIE listownie na adres korespondencyjny wykazany w niniejszym formularzu

**POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA:**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

- wszystkie zawarte w niniejszym Formularzu dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej (w rozumieniu definicji wskazanych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Gmina Grabica wspiera w opiece nad dziećmi do lat 3” (numer projektu RPLD.10.01.00-10-D001/21), potwierdzają stan faktyczny i są zgodne z prawdą oraz że spełniam kryteria uprawniające mnie do udziału w w/w projekcie
- zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Gmina Grabica wspiera w opiece nad dziećmi do lat 3” (numer projektu: RPLD.10.01.00-10-D001/21 ) oraz akceptuję zawarte w nim warunki
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Gmina Grabica wspiera w opiece nad dziećmi do lat 3” jest współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.

**Data i czytelny podpis:**



**SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU (W SZCZEGÓLNOŚCI OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ) ZWIĄZANE Z UDZIAŁEM W PROJEKCIE (W TYM UDZIAŁEM W ORGANIZOWANYCH SPOTKANIACH INFORMACYJNYCH NA TEMAT PROJEKTU) – zaznaczyć odpowiednie jeśli dotyczy**

<b>Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</b>	1. Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/Systemu Językowo-Migowego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Pętla indukcyjna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Powiększony tekst	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	5. Szczególne potrzeby w zakresie żywienia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	6. Inne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jeżeli w pkt. 5 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby w zakresie żywienia:</b>		
<b>Jeżeli w pkt 6 zaznaczono TAK, proszę wymienić potrzeby:</b>		

**Data i czytelny podpis:**