



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
UCZESTNIKA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE „WSPARCIE
ZATRUDNIENIA OSÓB PEŁNIĄCYCH FUNKCJE OPIEKUŃCZE NA
TERENIE GMINY MIASTA TORUŃ”**

WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU		
DATA WPŁYWU:	GODZINA:	PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ:
NUMER IDENTYFIKACYJNY FORMULARZA		

Dane podstawowe

Imię (imiona).....

Nazwisko.....

Płeć (zaznaczyć krzyżykiem) Kobieta Mężczyzna

Wiek.....

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

Ulica.....

Nr domu..... **Nr lokalu**.....

Nazwa miejscowości.....

Kod pocztowy.....

Miejscowość (zaznaczyć krzyżykiem) miasto wieś

Gmina.....

Powiat.....

Województwo.....

Dane kontaktowe

Telefon domowy.....

Telefon komórkowy.....

Adres poczty elektronicznej.....



Dane dodatkowe

Wykształcenie (zaznaczyć krzyżykiem)

- Podstawowe (poziom ISCED 1)
- Gimnazjalne (poziom ISCED 2)
- Ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3)
- Policealne (poziom ISCED 4)
- Wyższe (poziom ISCED 5-8)

Status uczestnika

- osoba bierna zawodowo, niepracująca niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy, nieposzukująca aktywnie zatrudnienia, nie posiadająca gotowości do podjęcia pracy (w tym osoby przebywające na urlopie wychowawczym);
- osoba bezrobotna nie zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy lecz aktywnie pracy poszukująca i gotowa do podjęcia pracy (w tym osoby przebywające na urlopie wychowawczym);
- osoba zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy;
- osoba zatrudniona, przebywająca na urlopie macierzyńskim [data zakończenia urlopu macierzyńskiego / planowany powrót do pracy];
- osoba zatrudniona, przebywająca na urlopie rodzicielskim [data zakończenia urlopu rodzicielskiego / planowany powrót do pracy];
- osoba zatrudniona, przebywająca na urlopie wychowawczym [data zakończenia urlopu macierzyńskiego / planowany powrót do pracy].

Formy wsparcia

Deklaruję chęć skorzystania z następujących form wsparcia:

- voucher na finansowanie pobytu dziecka w żłobku, klubie malucha lub stanowiący równowartość wynagrodzenia opiekuna dziennego do wysokości 600 złotych miesięcznie;
- voucher na finansowanie wynagrodzenia niani do wysokości 600 złotych miesięcznie (w tym ZUS i podatek dochodowy).

Dodatkowe formy wsparcia dla osób pozostających bez zatrudnienia (bezrobotne zarejestrowane i niezarejestrowane w PUP, bierne zawodowo, poszukujące pracy):

- indywidualne doradztwo zawodowe;
- poradnictwo zawodowe;
- pośrednictwo pracy;



szkolenia zawodowe(proszę podać jakie).

Informacje dodatkowe

Czy jest Pan(i) osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy jest Pan(i) osobą niepełnosprawną, w tym stopień niepełnosprawności (wymagane orzeczenie o niepełnosprawności lub równoważny dokument, orzeczoney przez ZUS o niezdolności do pracy do celów rentowych, osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej może przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza, tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię)?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy jest Pan(i) osobą osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy jest Pan(i) osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy jest Pan(i) osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)?	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji



Kryteria premiujące uczestnictwo w projekcie			
Czy posiada Pan(i) niskie kwalifikacje zawodowe lub nie posiada Pan(i) kompetencji zawodowych (dokument potwierdzający ukończoną szkołę, oświadczenie uczestnika projektu)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy posiada Pan(i) doświadczenie zawodowe	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy jest Pan(i) zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy korzysta Pan(i) z pomocy społecznej, znajduje się Pan(i) w trudnej sytuacji życiowej i materialnej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
Czy sprawuje Pan(i) opiekę nad dzieckiem/dziećmi do lat 3 funkcjonujących w rodzinie wielodzietnej	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji

Ja niżej podpisany/a
oświadczam, że informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
/data i podpis/*

* W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna



Załącznik nr 2

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem osobą w wieku aktywności zawodowej wyłączoną z rynku pracy w związku ze sprawowaniem opieki nad dzieckiem/ćmi do lat 3.

.....
miejsowość, data

.....
podpis uczestnika



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



.....
pieczętka zakładu pracy

Zaświadczenie

Oświadczam, że Pan(i) jest
zatrudniona w.....
i przebywa na urlopie rodzicielskim /macierzyńskim /wychowawczym do dnia

.....
miejscowość, data

.....
podpis osoby upoważnionej