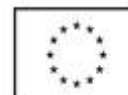




**Formularz rekrutacyjny**  
**Uczestnika projektu „Lepsza przyszłość zależy od nas”**  
 realizowanego przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchedniowie w ramach Priorytetu  
 VII, Działania 7.1 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki

|                                      | Lp.                                                      | Nazwa                                    |                                                   |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <b>Dane uczestnika</b>               | 1                                                        | Imię (imiona)                            |                                                   |
|                                      | 2                                                        | Nazwisko                                 |                                                   |
|                                      | 3                                                        | Płeć                                     | Kobieta <input type="checkbox"/>                  |
|                                      |                                                          |                                          | Mężczyzna <input type="checkbox"/>                |
|                                      | 4                                                        | Wiek w chwili przystępowania do projektu |                                                   |
|                                      | 5                                                        | PESEL                                    |                                                   |
|                                      | 6                                                        | Wykształcenie                            | Brak <input type="checkbox"/>                     |
|                                      |                                                          |                                          | Podstawowe <input type="checkbox"/>               |
|                                      |                                                          |                                          | Gimnazjalne <input type="checkbox"/>              |
|                                      |                                                          |                                          | Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/>         |
| Pomaturalne <input type="checkbox"/> |                                                          |                                          |                                                   |
| Wyższe <input type="checkbox"/>      |                                                          |                                          |                                                   |
| 7                                    | Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną | TAK <input type="checkbox"/>             |                                                   |
|                                      |                                                          | NIE <input type="checkbox"/>             |                                                   |
| <b>Dane kontaktowe</b>               | 8                                                        | Ulica                                    |                                                   |
|                                      | 9                                                        | Nr domu                                  |                                                   |
|                                      | 10                                                       | Nr lokalu                                |                                                   |
|                                      | 11                                                       | Miejscowość                              |                                                   |
|                                      | 12                                                       | Obszar                                   | Gmina wiejska <input type="checkbox"/>            |
|                                      |                                                          |                                          | Gmina miejsko - wiejska <input type="checkbox"/>  |
|                                      |                                                          |                                          | Gmina miejska do 25 tys. <input type="checkbox"/> |
|                                      |                                                          |                                          | Gmina miejska <input type="checkbox"/>            |
|                                      | 13                                                       | Kod pocztowy                             |                                                   |
|                                      | 14                                                       | Województwo                              |                                                   |
|                                      | 15                                                       | Powiat                                   |                                                   |
|                                      | 16                                                       | Telefon stacjonarny                      |                                                   |
|                                      | 17                                                       | Telefon komórkowy                        |                                                   |
| 18                                   | Adres poczty elektronicznej (e-mail)                     |                                          |                                                   |
| 21                                   | Korzystam z pomocy społecznej w                          | TAK <input type="checkbox"/>             |                                                   |





|  |                  |     |                          |
|--|------------------|-----|--------------------------|
|  | MGOPS Suchedniów | NIE | <input type="checkbox"/> |
|--|------------------|-----|--------------------------|

|                                                                                                                                            |                                                 |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--|
| <b>INFORMACJE DODATKOWE</b><br><b>Status osoby uczestniczącej w projekcie</b><br>[prosimy o wybranie i zaznaczenie X poprawnej odpowiedzi] | Bezrobotny                                      |  |
|                                                                                                                                            | Osoba długotrwale bezrobotna                    |  |
|                                                                                                                                            | Nieaktywna zawodowo                             |  |
|                                                                                                                                            | Zatrudniona                                     |  |
|                                                                                                                                            | Rolnik                                          |  |
|                                                                                                                                            | Samozatrudniona                                 |  |
|                                                                                                                                            | Zatrudniona w mikroprzedsiębiorstwie            |  |
|                                                                                                                                            | Zatrudniony w małym i średnim przedsiębiorstwie |  |
|                                                                                                                                            | Zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie           |  |
|                                                                                                                                            | Zatrudniona w administracji publicznej          |  |
|                                                                                                                                            | Zatrudniony w organizacji pozarządowej          |  |

|                                                |                                 |                                 |
|------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <b>Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności</b> | TAK<br><input type="checkbox"/> | NIE<br><input type="checkbox"/> |
|------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|





**Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że:**

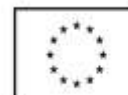
1. Zostałem/-am poinformowany/-a o planowanych działaniach z zakresu aktywnej integracji w projekcie systemowym realizowanym w 2010 roku oraz jego współfinansowaniu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz w ramach współfinansowania krajowego z budżetu państwa
2. Zapoznałem/-ałam się z postanowieniami *Regulaminu uczestnictwa* w projekcie systemowym realizowanym w 2010 roku i akceptuję je
3. Mam świadomość, iż zawarte w projekcie formy aktywnej integracji, w których będę brał/-a udział mogą odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania,
4. Wyrażam zgodę na udział we wszelkich badaniach ankietowych, ewaluacyjnych przeprowadzanych w trakcie i w przeciągu 12 miesięcy po zakończeniu realizacji projektu
5. Wyrażam dobrowolną zgodę na: i. gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, ze zm.), do celów związanych z przeprowadzeniem procesu rekrutacji, realizacji projektu oraz w przyszłości pod warunkiem, iż nie zostanie zmieniony cel przetwarzania ii. przetwarzanie moich danych osobowych, obejmujących informacje wymienione w punkcie  
a) przez Świątokrzyskie Biuro Rozwoju Regionalnego lub podmiot przez niego upoważniony do celów sprawozdawczych z realizacji usługi szkolenia, w której będę brał/-a udział oraz monitoringu i ewaluacji projektu iii. publikacje i archiwizację mojego wizerunku w celach promocji projektu
6. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, iż dane osobowe uczestników projektu zostaną wprowadzone do systemu PEFS, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach EFS, oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych po zakończeniu realizacji projektu
7. Oświadczam, iż zostałem/-am poinformowany/-a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich modyfikowania.

.....  
(podpis kandydata/kandydatki)



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



**Biuro Projektu**  
**Miejsko- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**  
**w Suchedniowie**  
Ul. Fabryczna 5, 26-130 Suchedniów  
Tel. (041) 254-30-92  
Fax.(041) 254-30-92 wew. 80  
e-mail: [mgopssuchedniow@hot.pl](mailto:mgopssuchedniow@hot.pl)



.....  
Imię i nazwisko

.....  
.....  
Adres zamieszkania

### **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE WIZERUNKU**

W związku z przystąpieniem do projektu systemowego „Lepsza przyszłość zależy od nas” realizowanego w 2010r. w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, wyrażam zgodę na przetwarzanie teraz i w przyszłości przez Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchedniowie wszelkich dokumentów przedstawiających wizerunek mojej osoby (np. zdjęcia) w celach upublicznienia tych dokumentów w takich mediach jak: Internet, prasa, telewizja itp.. Dodatkowo , zastrzegam iż publikacja tych dokumentów odbywać się będzie w taki sposób, aby nie wskazywać na powiązanie z imieniem i nazwiskiem oraz sposobem bezpośredniego kontaktu (bez nr telefonu, adresu zamieszkania).

.....  
Data i podpis kandydata/-taki





## **WYJAŚNIENIA STATUSU NA TYNKU PRACY**

**BEZROBOTNY** – oznacza osobę bezrobotną, która jednocześnie jest osobą:

- ☐ niezatrudnioną i niewykonyującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia
- ☐ nieuczącą się w szkole, z wyjątkiem szkół dla dorosłych lub szkół wyższych w systemie wieczorowym albo zaocznym
- ☐ zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy
- ☐ która ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat w przypadku kobiet, 65 lat w przypadku mężczyzn

**DLUGOTRWALE BEZROBOTNI** – bezrobotni pozostający w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 m-cy w okresie ostatnich dwóch lat

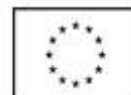
**OSOBY NIEAKTYWNE ZAWODOWO** – osoby pozostające bez zatrudnienia, które jednocześnie nie zaliczają się do kategorii bezrobotni

**OSOBY UCZĄCE SIĘ LUB KSZTAŁCĄCE** – osoby kształcące się w ramach kształcenia formalnego i nieformalnego

**ZATRUDNIENI** – osoby zatrudnione w rozumieniu Kodeksu pracy, w szczególności pozostające w stosunku pracy na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania oraz spółdzielczej umowy o pracę oraz Kodeksu Cywilnego, w szczególności w zakresie umów cywilno-prawnych (umowy zlecenia, umowy o dzieło)

**ROLNICY** – osoby będące rolnikami oraz domownicy rolnika w rozumieniu Ustawy z dnia 20 grudnia 1990 roku o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz.U. 1991 nr 7 poz. 24, z późn. zm.), w szczególności, osoby której jednocześnie:

- są pełnoletnie oraz zamieszkują i prowadzi na terytorium RP, osobiście i na własny rachunek, działalność rolniczą w gospodarstwie rolnym
  - są ubezpieczone w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
- A także domownicy rolnika, czyli w szczególności osoby, które jednocześnie:
- ukończyły 16 lat
  - pozostają z rolnikiem we wspólnym gospodarstwie domowym lub zamieszkują na terenie jego gospodarstwa rolnego albo w bliskim sąsiedztwie
  - stale pracują w tym gospodarstwie rolnym i nie są związane z rolnikiem stosunkiem pracy



**Biuro Projektu**  
**Miejsko- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej**  
**w Suchedniowie**  
Ul. Fabryczna 5, 26-130 Suchedniów  
Tel. (041) 254-30-92  
Fax.(041) 254-30-92 wew. 80  
e-mail: [mgopssuchedniow@hot.pl](mailto:mgopssuchedniow@hot.pl)



**SAMOZATRUDNIENI** – osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą, nie zatrudniające pracowników

**ZATRUDNIENI W MIKROPRZEDSIĘBIORSTWACH** – osoby pracujące w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 2 do 9 Pracowników

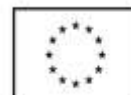
**ZATRUDNIENI W MAŁYCH I ŚREDNICH PRZEDSIĘBIORSTWACH** – osoby pracujące w przedsiębiorstwie zatrudniającym od 10 do 249 pracowników

**ZATRUDNIENI W DUŻYCH PRZEDSIĘBIORSTWACH** – osoby pracujące w przedsiębiorstwie zatrudniającym powyżej 249 pracowników



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.



**POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WYMOGÓW FORMALNYCH**  
**UDZIAŁU W PROJEKCIE SYSTEMOWYM**  
**„LEPSZA PRZYSZŁOŚĆ ZALEŻY OD NAS” w 2010r.**

Potwierdzam, że Pan(i).....  
ur. .... zam. .... spełnia  
wymogi formalne do udziału w projekcie systemowym „Lepsza przyszłość zależy od nas”  
Miejsko Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej Gminy suchedniów w ramach PO KL 2007-  
2013 współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu  
Społecznego, tj:

- korzysta z pomocy społecznej,
- jest w wieku aktywności zawodowej,
- należy do jednej lub/i kilku grup docelowych do których skierowany jest projekt.

.....  
(data i podpis pracownika socjalnego)

**WERYFIKACJA przez Koordynatora Projektu:**

Na podstawie informacji zawartych w „Formularzu rekrutacyjnym” oraz potwierdzenia przez  
pracownika socjalnego o spełnianiu przez w/w osobę wymogów formalnych uczestnictwa w  
projekcie tj.: korzysta z pomocy społecznej w Miejsko Gminnym Ośrodku Pomocy  
Społecznej w Suchedniowie, jest w wieku aktywności zawodowej oraz należy do jednej lub/i  
kilku z grup docelowych projektu określonych w „Zasadach przygotowania, realizacji i  
rozliczania projektów systemowych Ośrodków Pomocy Społecznej, Powiatowych Centrów  
Pomocy Rodzinie oraz Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w ramach POKL 2007-  
2013, Regulaminie uczestnictwa w projekcie systemowym w 2010r. ustalonym i  
wprowadzonym Zarządzeniem Nr .....Kierownika Miejsko Gminnego Ośrodka  
Pomocy Społecznej w Suchedniowie z dnia .....

*kwalifikuje – nie kwalifikuje*

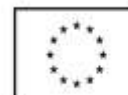
się do udziału w Projekcie systemowym „Lepsza przyszłość zależy od nas” w 2010r.

.....  
(data i podpis Koordynatora Projektu)



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY





## **Decyzja Kierownika MGOPS Suchedniów:**

### **1. Kwalifikuję / nie kwalifikuję Panią/Pana:**

.....  
do udziału w projekcie „Lepsza przyszłość zależy od nas” realizowanym w 2010r. przez  
Gminę Suchedniów/Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Suchedniowie, od  
dnia.....

### **2. Inna**

decyzja.....  
.....

Suchedniów, dnia .....

.....  
(data i podpis Kierownika  
MGOPS Suchedniów)

