Fundusze Europejskie dla Śląskiego | Rzeczpospolita Polska | Dofinansowane przez Unię Europejską | Województwo Śląskie

KARTA ZGŁOSZENIOWA	
1. Tytuł projektu	„Równy powrót na rynek pracy z TuPRZYSTAŃ (typ 3)”
2. Wnioskodawca	Ośrodek Psychoterapii TuPRZYSTAŃ Sp. z o.o. ul.Kościuszki 43/3
3. Priorytet / działanie/	FESL.05.00-Fundusze Europejskie dla rynku pracy FESL.05.11-Równość szans na rynku pracy
4. Nr projektu	FESL.05.11-IP.02-0B4F/24
5. Informacje dodatkowe:	Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027

DANE UCZESTNICZKI PROJEKTU							
Dane osobowe	Imię (imiona)						
	Nazwisko						
	PESEL						
	Wykształcenie	Niższe niż podstawowe []	Podstawowe []	Gimnazjalne []	Zawodowe []	Średnie []	Wyższe []
Dane teleadresowe	Ulica						
	Nr domu		Nr mieszkania				
	Miejscowość		Województwo				
	Kod pocztowy						

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu – status na rynku pracy	Bezrobotna [] jeśli TAK to podaj od kiedy ……	Bierna zawodowo [] jeśli TAK to podaj od kiedy ……	Pracująca [] jeśli TAK to podaj od kiedy (data) ……	Urlop wychowawczy [] jeśli TAK to podaj od kiedy (data) …….	Urlop macierzyński [] jeśli TAK to podaj od kiedy (data) ……

Status osoby w chwili przystąpienia do projektu – dzieci	1 dziecko [] podaj datę urodzenia ……	2 dzieci i więcej [] podaj liczbę …… podaj daty urodzenia …….	Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu [] podaj liczbę osób …… podaj wiek tych osób ……

Czy masz szczególne potrzeby umożliwiające udział w projekcie?	Windy	[] tak	[] nie
	Pomocy osoby trzeciej	[] tak	[] nie
	Większej czcionki	[] tak	[] nie
	Tłumacza języka migowego	[] tak	[] nie
	Inne	[] tak Opisz	[] nie

Kryteria formalne		
Oświadczam, że jestem osobą w niekorzystnej sytuacji	[] tak Dodaj opis	[] nie

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027

Kryteria dodatkowe			
Czy dotyczy mnie Wymagane potwierdzenie niekorzystnej sytuacji np. orzeczeniem o niepełnosprawności zaświadczeniem np. z OPS, zaświadczenia lekarskiego.	ubóstwo;	[] tak	[] nie
	niepełnosprawność;	[] tak	[] nie
	sieroctwo;	[] tak	[] nie
	bezdomność;	[] tak	[] nie
	bezrobocie;	[] tak	[] nie
	długotrwała lub ciężka choroba;	[] tak	[] nie
	przemoc domowa;	[] tak	[] nie
	potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;	[] tak	[] nie
	potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;	[] tak	[] nie
	bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;	[] tak	[] nie
	trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159	[] tak	[] nie
	trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;	[] tak	[] nie
	alkoholizm lub narkomania;	[] tak	[] nie
	zdarzenia losowe i sytuacji kryzysowej;	[] tak	[] nie
	klęski żywiołowej lub ekologicznej.	[] tak	[] nie
	Mniejszość narodowa lub etniczna lub osoba z obcym pochodzeniem	[] tak	[] nie

OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA

1. W ciągu czterech (4) tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot.:

a) mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem,

b) uzyskanych kwalifikacji, potwierdzonych stosownym dokumentem.

2. Przyjęłam do wiadomości (rozumiem), że w trakcie trwania projektu lub po jego zakończeniu, instytucje do tego uprawnione, mogą prowadzić badania ewaluacyjne, to znaczy mogą skontaktować się w celu poznania opinii na temat projektu, w którym brałam udział. Zobowiązuję się udzielić tym instytucjom odpowiedzi zgodnych ze stanem faktycznym (prawdą).

3. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

4. Zostałam poinformowana, że projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Miejscowość, data | Imię i nazwisko

…..... .....

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY:

– załącznik nr 1- kopia orzeczenia o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności uczestnika,

[] tak	[] nie

- załącznik nr 2- zaświadczenie z PUP/ZUS

[] tak	[] nie

- inne

[] tak	[] nie	wpisz jaki rodzaj

Miejscowość, data

Imię i nazwisko

…..... .....

Podpis

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021-2027