Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

**WNIOSEK O PRZYZNANIE WSPARCIA**

„USŁUGI ROZWOJOWE DLA MIESZKAŃCÓW PODREGIONU OSTROŁĘCKIEGO”

FEMA.07.04-IP.02-02QV/24

współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

Priorytet VII Fundusze Europejskie dla nowoczesnej i dostępnej edukacji na Mazowszu

Działanie 7.4 „Edukacja osób dorosłych”

**WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIĆ KOMPUTEROWO LUB ODRĘCZNIE DRUKOWANYMI LTERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE PODSTAWOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  |
| **Inny identyfikator** (w przypadku braku PESEL) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Płeć** | Kobieta  Mężczyzna | | | | | | | | **Wiek** | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **Obywatelstwo** | Obywatelstwo Polskie  Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE  Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel  kraju spoza UE/bezpaństwowiec | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie** | **niższe niż podstawowe (ISCED 0)** - brak formalnego wykształcenia  **podstawowe (ISCED1)** - ukończone na poziomie szkoły podstawowej  **gimnazjalne (ISCED 2)** – ukończone na poziomie klasy 7–8 szkoły podstawowej lub szkoły gimnazjalnej  **ponadgimnazjalne (ISCED 3)** - ukończone na poziomie liceum, liceum profilowanego, technikum, technikum uzupełniającego, zasadniczej szkoły zawodowej oraz szkoły branżowej I i II stopnia  **policealne (ISCED 4)** - ukończone po szkole średniej, niebędące wykształceniem wyższym  **wyższe (ISCED 5-8)** - ukończone studia krótkiego cyklu, licencjackie, magisterskie lub doktoranckie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **E-mail** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II. ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Województwo** | mazowieckie | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Powiat** | miasto Ostrołęka  makowski  ostrołęcki  ostrowski  przasnyski  wyszkowski | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Gmina** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numer budynku** |  | | | | | | | **Numer lokalu** | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | | | **Poczta** | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| **III. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI** w chwili przystąpienia do Projektu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba obcego pochodzenia** | | | | | | | | | TAK  NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba państwa trzeciego** | | | | | | | | | TAK  NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym**  **Społeczności marginalizowane)** | | | | | | | | | TAK  NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jeśli posiadasz **specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności** (np. tłumaczenie PJM, materiały dla osób słabowidzących lub niewidomych), prosimy o wpisanie szczegółów poniżej. *(pole opcjonalne)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | | | | | | | | | TAK  NIE  ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą **pracującą**: | Prowadzę działalność na własny rachunek  Pracuję w administracji rządowej  Pracuję w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)  Pracuję w organizacji pozarządowej  Pracuję w MMŚP (mikro, mały lub średnim przedsiębiorstwie)  Pracuję w dużym przedsiębiorstwie  Pracuję w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  Pracuję w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  Pracuję w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  Pracuję w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)  Pracuję na uczelni  Pracuję w instytucie naukowym | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NIP zakładu pracy** (jeśli dotyczy) |  | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | | | |  | |  | |  | |
| **Nazwa i adres zakładu pracy** (jeśli dotyczy) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą **bierną zawodowo**: | Nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu  Uczę się lub odbywam kształcenie (planowana data zakończenia edukacji: ……………………….)  Inne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą **bezrobotną**:(do Wniosku należy dołączyć zaświadczenie z ZUS o braku odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne/zdrowotne lub zaświadczenia z PUP o pozostawaniu/niepozostawaniu w rejestrze osób bezrobotnych | Jestem sobą długotrwale bezrobotną  Inne | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. OŚWIADCZENIA I DEKLARACJE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oświadczam, że **zamieszkuje na terenie subregionu ostrołęckiego**. (jeśli **TAK** do Wniosku należy dołączyć kopię dokumentu zobowiązującego wystawionego na daną osobę i jej adres zamieszkania, ważny na dzień zgłoszenia do udziału w Projekcie i nie starszy niż 30 dni, potwierdzony za zgodność z oryginałem, np. kserokopia decyzji w sprawie podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunków lub faktur za media/ścieki/odpady komunalne wskazujące adresata, wydruk ze strony PUE, bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie/przebywanie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że **z własnej inicjatywy jestem zainteresowany/a podniesieniem swoich umiejętności i nabyciem kwalifikacji lub kompetencji**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że **nie prowadzę działalności gospodarczej, w tym również nie posiadam zawieszonej działalności gospodarczej**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że **nie podlegam wykluczeniu z powodu sankcji wobec osób odpowiedzialnych i wspierających działania wojenne Rosji**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że **moje wykształcenie odpowiada poziomowi ISCED 3 lub niższemu**. (jeśli **TAK** do Wniosku należy dołączyć kopię odpowiedniego świadectwa lub dyplomu potwierdzającego poziom wykształcenia, potwierdzoną za zgodność z oryginałem) | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że w ramach wsparcia w Projekcie „USŁUGI ROZWOJOWE DLA MIESZKAŃCÓW PODREGIONU OSTROŁĘCKIEGO” **wybiorę Usługę Rozwojową w zakresie obszarów istotnych dla regionu, tj. w zakresie dostosowywania do zmian w przemyśle i produkcji, w tym w zakresie zielonej gospodarki**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że **zajmuję się/chcę podjąć zatrudnienie w usługach opieki długoterminowej o charakterze społecznym, w tym opiekunów nieformalnych w ramach opieki długoterminowej**. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że **zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**, rozumiem jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „USŁUGI ROZWOJOWE DLA MIESZKAŃCÓW PODREGIONU OSTROŁĘCKIEGO” współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027, Priorytet VII Fundusze Europejskie dla nowoczesnej i dostępnej edukacji na Mazowszu, Działanie 7.4 „Edukacja osób dorosłych”. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że nie pozostaję w stosunku pracy, zleceniu ani w żadnym innym stosunku prawnym z Operatorem, ani z podmiotami z nim powiązanymi. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, iż zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej wynikającej z art. 415 i nast. Kodeksu cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Niniejszym potwierdzam, że wszystkie informacje zawarte we Wniosku o przyznanie wsparcia są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym. Zobowiązuję się również do niezwłocznego poinformowania Operatora o wszelkich zmianach dotyczących danych podanych w niniejszym Wniosku. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że złożenie niniejszego Wniosku nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Deklaruję, że po zakwalifikowaniu do udziału w Projekcie wezmę udział w spotkaniu doradczym realizowanym w ramach Doradztwa zawodowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Deklaruję **uczestnictwo w Usłudze Rozwojowej/Usługach Rozwojowych, na którą/e uzyskam dofinansowanie oraz przystąpienie do egzaminu/ów**. Zobowiązuję się również, że w przypadku rezygnacji z udziału w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym Operatora. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Deklaruję, że w terminie **4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy** oraz informacje o udziale w kształceniu lub szkoleniu, a także o uzyskaniu kwalifikacji lub nabyciu kompetencji. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o **obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych** prowadzonych przez Operatora oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Pośredniczącej oraz o obowiązku złożenia wszystkich niezbędnych dokumentów związanych z rozliczeniem dofinansowania na Usługę Rozwojową/Usługi Rozwojowe. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we Wniosku o przyznanie wsparcia oraz w innych dokumentach związanych z Projektem, dla celów niezbędnych do rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji w Projekcie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO). | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o obowiązku **przekazania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu** zaplanowanych w Projekcie. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, pod rygorem odpowiedzialności cywilnej wynikającej z art. 415 i nast. Kodeksu cywilnego za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, że aktualnie nie korzystam ani nie ubiegam się o dofinansowanie na tożsame wsparcie współfinansowane z innych źródeł (m.in. FERS, KPO lub z innych środków publicznych). Mam świadomość, że moje oświadczenie zostanie zweryfikowane przez Operatora oraz że sprawdzone zostanie, czy nie korzystałem/am z analogicznego wsparcia na poziomie krajowym. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |
| Oświadczam, że mam świadomość zakazu podwójnego finansowania. W przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie zobowiązuję się, że nie będę korzystał/a z tożsamego wsparcia oferowanego przez innego operatora, ani z podobnego wsparcia u tego samego Operatora, za pośrednictwem BUR w ramach FEM 2021–2027 w działaniach wdrażanych i finansowanych z poziomu krajowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | TAK  NIE | | | | | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data) (czytelny podpis Kandydata/Kandydatki)