**Formularz rekrutacyjny uczestnika cyklu szkoleniowego realizowanego przez Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych na zlecenie LGD – Fundusz Biebrzański**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Telefon  |  |
| E-mail |  |
| Data urodzenia (do udziału w projekcie mogą być zakwalifikowane osoby powyżej 15 roku życia oraz, które nie ukończyły 35 roku życia).  |  |

**Oświadczam, iż:**

1. Wszelkie podane w Formularzu zgłoszeniowym informacje są prawdziwe. W przypadku zakwalifikowania mnie do cyklu szkoleniowego, zobowiązuję się do niezwłocznej oraz bieżącej aktualizacji danych.
2. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji, monitorowania i ewaluacji (w tym działań informacyjno-promocyjnych) działalności w OWES, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku, do celów związanych z realizacją projektu.
4. W przypadku zakwalifikowania mnie do projektu podpiszę deklarację uczestnictwa w projekcie oraz wypełnię formularz danych niezbędnych do rejestracji uczestnika w systemie SL2014.
5. **Zamieszkuję na obszarze objętym LGD – Fundusz Biebrzański** (Gminy Dąbrowa Białostocka, Goniądz,  Janów, Jaświły, Korycin, Lipsk, Mońki, Suchowola, Sztabin, Trzcianne, Nowy Dwór).
6. Przynależę do danej grupy (status) zgodnej z grupą docelową projektu

*Pouczenie: Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego.*

|  |  |
| --- | --- |
| Właściwe zaznaczyć | status |
|  | osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej **lub** kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniające co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 [[1]](#footnote-1)ustawy o pomocy społecznej |
|  | osoby o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym. Są to: 1. osoby bezdomne realizujące indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 2. osoby uzależnione od alkoholu; 3. osoby uzależnione od narkotyków lub innych środków odurzających; 4. osoby chore psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; 5. osoby długotrwale bezrobotne w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy; 6. osoby zwalniane z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o po-mocy społecznej; 7. uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; 8. osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. |
|  | osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 20111 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej |
|  | osoby z niepełnosprawnością |
|  | rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością |
|  | osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy |
|  | osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
|  | osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 |

6. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

………………………………………………. Miejscowość………………, dnia ……………….….

 *(podpis uczestnika)*

1. Wypełnić w przypadku uczestników niepełnoletnich:

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka ……………………………………………………(imię i nazwisko uczestnika) w cyklu szkoleniowym dotyczącym aktywizacji zawodowej osób młodych realizowanym przez Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych na zlecenie LGD – Fundusz Biebrzański.

………………………………………………. Miejscowość………………, dnia ……………….…

 *(podpis rodzica/ opiekuna prawnego uczestnika)*

1. art. 7 ustawy o pomocy społecznej – „Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu:

ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) (uchylony) 11) 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 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej. [↑](#footnote-ref-1)