



Załącznik Nr 1
do Regulaminu Projektu „Powrót do pracy”

Data wypełnienia /wpływu:

Nr teczki Uczestnika Projektu:

KWESTIONARIUSZ ANKIETY REKRUTACYJNEJ

Tytuł projektu	„Powrót do pracy”
Numer projektu	RPMA.09.01.00-14-9709/17
Lider w Projekcie	POLBI Sp. z o.o.
Partner 1 w Projekcie	Centrum Edukacyjne ZS Sp. z o.o.
Partner 2 w Projekcie	Ośrodek Motywacji i Rozwoju MiR Jolanta Studentkowska
Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020
Numer i nazwa Osi Priorytetowej w ramach Programu Operacyjnego	Oś Priorytetowa IX - Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
Numer i nazwa Działania w ramach Osi Priorytetowej	Działanie 9.1 Aktywizacja społeczno-zawodowa osób wykluczonych i przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

Prosimy wypełnić czytelnie, DRUKOWANYMI literami WSZYSTKIE POLA.

Część I. INFORMACJE OGÓLNE O KANDYDATA/KANDYDATKI NA UCZESTNIKA PROJEKTU

Dane osobowe	Imię/Imiona				
	Nazwisko				
	PESEL				
	Data urodzenia				
Adres zamieszkania	Miasto		Dzielnica		
	Kod pocztowy			Ulica	
	Nr domu		Nr lok.		
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy				
	Adres e-mail				
	Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>				
Wykształcenie <i>(należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)</i>	Brak <i>Brak formalnego wykształcenia</i>				
	Gimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i>				
	Podstawowe <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i>				
	Ponadgimnazjalne <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)</i>				
	Policealne <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i>				
	Wyższe <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)</i>				





Część II. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH	
Status na rynku pracy	
Oświadczam, że:	TAK
Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w Urzędzie Pracy: - pozostaję bez pracy, wyrażam gotowość do jej podjęcia i aktywnie poszukuję zatrudnienia	<input type="checkbox"/>
W tym długotrwale bezrobotną: - w przypadku osób poniżej 25 roku życia, jest to osoba bezrobotna przez okres co najmniej 6 miesięcy - w przypadku osób powyżej 25 roku życia, jest to osoba bezrobotna przez okres co najmniej 12 miesięcy	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą nieaktywną zawodowo - nie jestem zarejestrowany/-a w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna, jednak pozostaję bez pracy, wyrażam gotowość do jej podjęcia i aktywnie poszukuję zatrudnienia	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą bierną zawodowo – tj. osobą, która w obecnej chwili nie pracuje, nie jest osobą bezrobotną i nie poszukuje zatrudnienia, m.in.: - jestem studentem/-tką studiów stacjonarnych; - jestem studentem/-tką studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) niezarejestrowanym/-ą w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna; - jestem na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego) nie zarejestrowany/-a w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna.	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą zatrudnioną:	<input type="checkbox"/>
Nazwa zakładu pracy	
Rodzaj przedsiębiorstwa (Proszę zaznaczyć właściwe pole): <input type="checkbox"/> administracja rządowa <input type="checkbox"/> administracja samorządowa <input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> MMŚP (mikroprzedsiębiorstwo - do 10 osób, małe – do 50 osób, średnie – do 250 osób) <input type="checkbox"/> duże przedsiębiorstwo <input type="checkbox"/> inne	
Zawód	
Jestem osobą uczącą się	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy - zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. 2017 poz. 1065, ze zm.)	<input type="checkbox"/>
Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)	
Korzystam z pomocy Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)	<input type="checkbox"/>
Korzystam z działań towarzyszących PO PŻ:	<input type="checkbox"/>
warsztatów kulinarnych dla różnych grup pokoleniowych z udziałem ekspertów kulinarnych, kucharzy, dietetyków, pokazujących różne możliwości przygotowania i wykorzystania artykułów spożywczych,	<input type="checkbox"/>
warsztatów dietetycznych i dotyczących zdrowego żywienia	<input type="checkbox"/>
programów edukacyjnych propagujących zasady zdrowego odżywiania i przeciwdziałanie marnowaniu żywności	<input type="checkbox"/>





warsztatów edukacji ekonomicznej (nauka tworzenia, realizacji i kontroli budżetu domowego, ekonomicznego prowadzenia gospodarstwa domowego, z uwzględnieniem wszystkich finansowych i rzeczowych dochodów rodziny, w tym darów żywnościowych)	<input type="checkbox"/>
Korzystanie ze świadczeń z pomocy społecznej	
Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 930 ze zm.), finansowych i/lub niefinansowych	<input type="checkbox"/>
Nie korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej, jednak kwalifikuję się do objęcia wsparciem z pomocy społecznej z powodu ¹ :	<input type="checkbox"/>

Powód:	TAK
ubóstwa	<input type="checkbox"/>
sieroctwa	<input type="checkbox"/>
bezdomności	<input type="checkbox"/>
bezrobocia	<input type="checkbox"/>
niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>
długotrwałej lub ciężkiej choroby	<input type="checkbox"/>
przemocy w rodzinie	<input type="checkbox"/>
potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi	<input type="checkbox"/>
potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	<input type="checkbox"/>
bezaradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>
trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	<input type="checkbox"/>
alkoholizmu lub narkomanii	<input type="checkbox"/>
zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej	<input type="checkbox"/>
klęski żywiołowej lub ekologicznej	<input type="checkbox"/>

Część III. INFORMACJE DODATKOWE

DANE WRAŻLIWE	Odmawiam podania informacji	TAK	NIE
Jestem migrantem , lub osobą obcego pochodzenia , lub przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Ma Pani/Pan prawo do odmowy podania danych wrażliwych dotyczących Pani/Pana statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej), jednakże może się to wiązać z niezakwalifikowaniem Pani/Pana do Projektu





<p>Jestem osobą z niepełnosprawnościami (należy dołączyć /przedstawić do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> posiadam orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności bądź równoważne <input type="checkbox"/> posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne - z powodu niepełnosprawności intelektualnej <input type="checkbox"/> posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź równoważne - z powodu niepełnosprawności sprzężonej 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Część IV. PANI/PANA OCZEKIWANIA DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

	Nazwa Zadania	TAK
<p>Z której formy wsparcia chciałby Pan/Pani skorzystać? <i>(należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji. Można zakreślić więcej niż jedno)</i></p>	<p>Diagnoza potrzeb</p> <ul style="list-style-type: none"> • konsultacje z psychologiem • indywidualne konsultacje z doradcą zawodowym 	<p><i>Udział obowiązkowy</i></p>
	<p>Blok aktywizacji społecznej</p> <ul style="list-style-type: none"> • szkolnie z kompetencji miękkich/społecznych: <ul style="list-style-type: none"> - Komunikacja interpersonalna, - Praca na zasobach i umiejętność budowania celów, - Aktywne poszukiwanie pracy. • indywidualne sesje coachingowe 	<input type="checkbox"/>
	<p>Warsztaty umiejętności wychowawczych</p>	<input type="checkbox"/>
	<p>Kursy zawodowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • szkolenia podnoszące kwalifikacje i kompetencje zawodowe 	<input type="checkbox"/>
	<p>Staże zawodowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staż zawodowy - 3 m-ce, • Stypendium stażowe, 	<input type="checkbox"/>
	<p>Pośrednictwo zawodowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indywidualne wsparcie oraz pomoc doradcy zawodowego/jobcoacha poprzez kompleksowe pośrednictwo zawodowe w zakresie wyboru zawodu zgodnego z kwalifikacjami i kompetencjami wspieranej osoby. 	<input type="checkbox"/>
	<p>Inne, jakie?</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Deklaruję, że mogę korzystać ze wsparcia oferowanego w Projekcie w godzinach (proszę wskazać właściwe):</p>		
<input type="checkbox"/> przedpołudniem	<input type="checkbox"/> popołudniu	<input type="checkbox"/> inne, jakie?





	Oczekiwania Kandydata /Kandydatki	TAK
Dlaczego chce Pani/Pan dołączyć do Projektu? (można zakreślić więcej niż jedną odpowiedź)	Chcę podnieść swoje kwalifikacje zawodowe	<input type="checkbox"/>
	Chcę nabyć doświadczenie zawodowe	<input type="checkbox"/>
	Chcę zwiększyć swoje umiejętności poruszania się po rynku pracy	<input type="checkbox"/>
	Chcę lepiej dbać o dzieci/rodzinę	<input type="checkbox"/>
	Chcę poprawić swoje kontakty z innymi ludźmi	<input type="checkbox"/>
	Chcę zwiększyć swoją samodzielność	<input type="checkbox"/>
	Chcę zwiększyć umiejętności planowania zadań do wykonania	<input type="checkbox"/>
	Chcę zwiększyć umiejętności troszczenia się o osobiste i zawodowe dążenia	<input type="checkbox"/>
	Chcę zwiększyć swoją wiedzę na temat procedur urzędowych i przepisów prawnych	<input type="checkbox"/>
	Chcę:	

Część V. OŚWIADCZENIE

JA NIŻEJ PODPISANY/A _____,

OŚWIADCZAM, że :

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 § 1 oraz art. 297 Kodeksu karnego i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Kwestionariuszu Ankiety Rekrutacyjnej, w tym wszystkie oświadczenia, są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu Projektu „Powrót do pracy”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
4. Deklaruję swój udział w projekcie „Powrót do pracy”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
6. Zobowiązuję się do dostarczenia dokumentów potwierdzających osiągnięcie efektywności społeczno - zatrudnieniowej po zakończonym udziale w projekcie.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Organizatora w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922 z późn. zm.).
8. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu Projektu „Powrót do pracy” przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014 - 2020.
9. Zostałem/-am poinformowany/-a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego Projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Warszawa dnia,

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

