

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji w projekcie: „Pracujący opiekun - Ikar”

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu „Pracujący opiekun - Ikar”

współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego

Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014 – 2020.

Działanie 8.4 Godzenie życia zawodowego i rodzinnego.

Poddziałanie 8.4.1 Wsparcie zatrudnienia osób pełniących funkcje opiekuńcze.

Realizowany przez:

Projekt Nr RPKP.08.04.01-04-0054/17

realizowany jest przez Beneficjenta:

Centrum Medyczne IKAR – Borowicz Spółka Jawna

Pola wypełniane przez biuro projektowe

Data złożenia formularza	
Nr identyfikacyjny kandydata	

Lp.	Nazwa	Wypełnia Kandydat do projektu „Pracujący opiekun - Ikar”
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Pesel	
4.	Seria i numer dowodu osobistego	
5.	Płeć	
6.	Województwo	
7.	Powiat	
8.	Gmina	
9.	Miejscowość	
10.	Ulica	
11.	Nr budynku	



12.	Nr lokalu
13.	Kod pocztowy
14.	Telefon kontaktowy
15.	Adres e-mail

16. Osoba przebywająca aktualnie na urlopie.
- ☐ Rodzicielskim
☐ Macierzyńskim
☐ Wychowawczym
☐ Opiekuńczym
☐ Nie dotyczy

Jeżeli kandydat przebywa aktualnie na urlopie proszę o wskazanie daty zakończenia urlopu:

.....

17. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu
Zakreślić właściwe

- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,
 - osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy,
 - osoba bierna zawodowo (czy kandydat jest gotowy na podjęcie pracy TAK/NIE, aktywnie poszukuje pracy TAK/NIE, w przypadku uzyskania twierdzącej odpowiedzi na oba pytania kandydat nie może zostać uznany za osobę bierną zawodowo),

- osoba pracująca,
- Zatrudniony w: (należy podać dokładną nazwę i adres pracodawcy):

.....

Osoba ucząca się, (podać dokładną nazwę i adres szkoły/ uczelni):

.....



18.	Wykonywany zawód	
19.	Miejsce pracy	
20.	Rodzina, w której przynajmniej jeden rodzic/ opiekun prawny, bądź dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności <u>Zakreślić właściwe</u>	<p style="text-align: right;">TAK / NIE</p> <p>W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK wskazać rodzaj i stopień niepełnosprawności:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
21.	Czy kandydat zgłaszający się do projektu spełnia warunki pierwszeństwa (pierwszeństwo do udziału w projekcie mają opiekunowie prawni zarejestrowani w powiatowym urzędzie pracy jako osoby bezrobotne, spełniające założenia grupy docelowej zamieszkujące na terenach pozbawionych, na dzień ogłoszenia naboru wniosków, miejsc opieki nad dziećmi do lat 3)	<p style="text-align: right;">TAK / NIE</p>
22.	Wykształcenie (proszę wpisać ukończoną szkołę)	
23.	Czy kandydat bierze/ brał udział w projekcie współfinansowanym ze środków EFS na dofinansowanie kosztów opieki na dzieckiem do lat 3?	<p style="text-align: right;">TAK/NIE</p> <p>Jeśli wybrano tak proszę podać nazwę projektu, czas realizacji oraz imię i nazwisko dziecka, na które było otrzymywane dofinansowanie</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Lp.	Nazwa	Dane dziecka, które będzie w wieku żłobkowym podlegało opiece w ramach projektu.
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	PESEL dziecka	
Miejsce zamieszkania dziecka:		
5.	Powiat	
6.	Gmina	
7.	Miejscowość	
8.	Ulica	
9.	Nr budynku	
10.	Nr lokalu	
11.	Kod pocztowy	
12.	Planowany organizator opieki nad dzieckiem oraz forma opieki <u>Zakreślić właściwe</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Żłobek (nazwa i adres) • Niania • Klubik dziecięcy (nazwa i adres) • Dzienny opiekun (dane i adres)
13.	Orientacyjna data rozpoczęcia opieki nad dzieckiem (nie wcześniej niż przewidywana data kwalifikacji w projekcie)	
14.	Szacunkowy koszt miesięcznych opłat obligatoryjnych	
15.	Orientacyjny koszt tzw. wpisowego – jeżeli dotyczy	
16.	Oświadczam, że oprócz wskazanego powyżej dziecka pod opieką mam inne dzieci / podopiecznych <u>Zakreślić właściwe</u>	<p style="text-align: center;">TAK / NIE</p> <p>W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK wskazać sposób zapewnienia opieki dla poszczególnych dzieci / podopiecznych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

Status Kandydata			
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK	NIE
2.	Jestem bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK	NIE
3.	Osoba z niepełnosprawnościami	TAK	NIE
4.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	TAK	NIE

Deklaracje i oświadczenia.

1. Deklaracja zgody na wzięcie udziału w projekcie – Ja niżej podpisany/a deklaruję zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. **„Pracujący opiekun - Ikar”** realizowanym przez **Centrum Medyczne IKAR – Borowicz Spółka Jawna nr projektu RPKP.08.04.01-04-0054/17**
2. Oświadczenia dotyczące spełnienia kryteriów kwalifikowalności uprawniających do udziału w projekcie – Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w projekcie:
 - a. Jestem rodzicem / opiekunem prawnym dziecka do lat 3, którego dane wskazałem/am powyżej.
 - b. Jestem osobą fizyczną mieszkającą w rozumieniu Kodeksu cywilnego lub pracującą lub uczącą się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego
 - c. Jestem rodzicem/opiekunem prawnym pozostającym poza rynkiem pracy ze względu na obowiązek opieki nad dziećmi w wieku do lat 3 i bez otrzymania wsparcia nie będę w stanie powrócić do czynnego życia zawodowego
3. Deklaracja powrotu do czynnego życia zawodowego – Ja niżej podpisany/a deklaruję chęć powrotu do czynnego życia zawodowego po przerwie związanej z urodzeniem i/lub wychowywaniem dzieci do lat 3.
4. Zostałam poinformowana, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego RPO WP 2014 – 2020.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Zasady realizacji wsparcia oraz Regulamin rekrutacji w projekcie: **„Pracujący opiekun - Ikar”**
6. Potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym do projektu. Jednocześnie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 223 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. nr 101, poz. 926 ze zm.)

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS

Załączam do formularza:

- ☐ Akt urodzenia dziecka
- ☐ Orzeczenie o niepełnosprawności - w przypadku osób z niepełnosprawnościami
- ☐ Zaświadczenie z Urzędu Pracy o zarejestrowaniu jako osoba bezrobotna – jeżeli dotyczy;
- ☐ Oświadczenie o statusie osoby biernej zawodowo – jeżeli dotyczy;
- ☐ Zaświadczenie z zakładu pracy o przebywaniu na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym – jeżeli dotyczy;
- ☐ Inne