



WERSJA NR 3

Załącznik 1. Formularz rekrutacyjny wraz z oświadczeniami

ADRES STRONY PROJEKTU: www.nowe2.atut.org.pl

NALEŻY ZAZNACZYĆ KATEGORIE (właściwie zaznaczyć „X”):	
<input type="checkbox"/>	KOBIETA
<input type="checkbox"/>	MĘŻCZYŻNA
<input type="checkbox"/>	OSOBA POWYŻEJ 50 ROKU ŻYCIA
<input type="checkbox"/>	OSOBA PONIŻEJ 50 ROKU ŻYCIA

**Formularz rekrutacyjny
wraz z oświadczeniami
dla Uczestników projektu pt:**

„NOWE UMIEJĘTNOŚCI TO WIĘKSZE MOŻLIWOŚCI 2!”

*w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014 – 2020,
Oś Priorytetowa 2 Kadry dla gospodarki Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020,
Działanie 2.3 Rozwój kompetencji umiejętności osób dorosłych,
Poddziałanie 2.3.1 Rozwój kompetencji i umiejętności osób dorosłych z grup defaworyzowanych.*

Biuro projektu: Fundacja Rozwoju Przedsiębiorczości „ATUT”

ul. Jana III Sobieskiego 3C/57

14-100 Ostróda

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK	
<i>Numer identyfikacyjny</i>	
<i>Data i godzina wpływu dokumentów</i>	



WERSJA NR 3

I. OŚWIADCZENIE KANDYDATA DOTYCZĄCE PROJEKTU

1. DANE PERSONALNE	
Nazwisko i imię	
Nazwisko rodowe (zgodnie z dowodem osobistym)	
Data i miejsce urodzenia	
Ukończony wiek w latach	
Płeć (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
PESEL	
NIP	
Adres zamieszkania Zgodnie z zapisami art. 25 Kodeksu Cywilnego oświadczam, że zamieszkuję zgodnie z poniższym adresem:	
Miejscowość	
Ulica, nr domu/lokalu	
Kod pocztowy, poczta	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Obszar zamieszkania (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/> wieś <input type="checkbox"/> miasto
Tel. kontaktowy (telefon komórkowy lub stacjonarny wraz z numerem kierunkowym)	
Adres e-mail	
2. WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA	
Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „X” we	<input type="checkbox"/> wyższe – ISCED 5 - 8 <input type="checkbox"/> policealne – ISCED 4



WERSJA NR 3

<i>właściwym miejscu)</i>	<input type="checkbox"/> <i>średnie ogólnokształcące – ISCED 3</i> <input type="checkbox"/> <i>średnie zawodowe – ISCED 3</i> <input type="checkbox"/> <i>zasadnicze zawodowe – ISCED 3</i> <input type="checkbox"/> <i>gimnazjalne – ISCED 2</i> <input type="checkbox"/> <i>podstawowe – ISCED 1</i> <input type="checkbox"/> <i>brak – ISCED 0</i>
---------------------------	--

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne, a nr PESEL i data urodzenia są zgodne dokumentem tożsamości.

.....

Data i czytelny podpis Kandydata

II. STATUS KANDYDATA NA RYNKU PRACY

1. STATUS KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

<p>Status na rynku pracy w momencie składania dokumentów</p> <p><i>(proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu)</i></p> <p><i>(wyjaśnienia statusu zawarte w regulaminie projektu § 2. Definicje)</i></p>	<p>Oświadczam, że należę do kategorii:</p>	
	<input type="checkbox"/> <u>osób bezrobotnych, w tym:</u>	
	<input type="checkbox"/> jestem zarejestrowana/y w urzędzie pracy, jako bezrobotna/y (bezrobotny zarejestrowany w ewidencji Urzędu Pracy), lub <input type="checkbox"/> nie pracuję i nie jestem zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy, ale poszukuję pracy i jestem gotowa/y do jej podjęcia (bezrobotny niezarejestrowany w ewidencji Urzędów Pracy)	
	<input type="checkbox"/> <u>osób biernych zawodowo</u>	
	<p>tzn. nie pracuję, nie jestem zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy a także nie jestem gotowy do podjęcia pracy i aktywnie nie poszukuje zatrudnienia.</p>	
	<input type="checkbox"/> <u>osób pracujących w:</u>	
	<p>Proszę zaznaczyć miejsce wykonywanej pracy:</p> <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w MMŚP <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne	
	Aktualnie wykonywany zawód: (DOTYCZY OSÓB PRACUJĄCYCH)	



WERSJA NR 3

	<p>Aktualne miejsce zatrudnienia: (DOTYCZY OSÓB PRACUJĄCYCH)</p> <p>1. nazwa pracodawcy 2. adres pracodawcy</p>	<p>1.</p> <p>2.</p>
	<p>Prowadzę własną działalność gospodarczą: (DOTYCZY WSZYSTKICH OSÓB)</p> <p>(proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu)</p>	<p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p>Jestem osobą: (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu)</p>	<p><input type="checkbox"/> uczącą się</p> <p><input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p>	
<p>Miejsce pobierania nauki (dotyczy osób uczących się): 1. nazwa placówki/szkoły 2. adres placówki/szkoły</p>	<p>1.</p> <p>2.</p>	

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata

III. DODATKOWE DANE

DODATKOWE DANE: (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu)		
1.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
2.	Osoba z niepełnosprawnościami*:	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
		W przypadku zaznaczenia odpowiedzi twierdzącej należy wypełnić załącznik nr 1d
3.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*:	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
4.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej*:	<input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>



WERSJA NR 3

Za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą grozi odpowiedzialność w drodze powództwa cywilnego.

OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI:

1. Świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 § 1 i 2 k.k. jednocześnie oświadczam, że informacje zawarte w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu „Nowe umiejętności to większe możliwości 2!” oraz z zasadami realizacji i akceptuję jego warunki.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.
4. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko Mazurskiego na lata 2014 - 2020.
6. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych*.
7. Do niniejszego formularza kwalifikacyjnego dołączam następujące dokumenty (zaznacz „X” właściwy kwadrat):
- 8.

Lp.	Nazwa dokumenty	tak	Nie dotyczy
1.	Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 1a		
2.	Oświadczenie Kandydata o spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych – załącznik nr 1b		
3.	Oświadczenie o wyborze szkolenia oraz zwrotu kosztów dojazdu – załącznik nr 1c		
4.	Oświadczenie o niepełnosprawności wraz z kserokopią orzeczenia o niepełnosprawności- załącznik nr 1d		
5.	Kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem dokumentu potwierdzającego wykształcenie (dokument z ostatniej ukończonej szkoły potwierdzające otrzymany poziom wykształcenia)		
6.	Oświadczenie o dofinansowaniu wkładu własnego – dotyczy osób spełniających kryteria dofinansowania wkładu – załącznik nr 1e wraz z poniższymi dokumentami tj.: - Zaświadczenie potwierdzające status osoby długotrwale bezrobotnej; - zaświadczenie z Urzędu Pracy – dotyczy osób zarejestrowanych w Urzędzie Pracy - lub zaświadczenie z ZUS o wysokości podstawy naliczania składek za okres ostatnich 13 miesięcy (z wyszczególnieniem źródła pochodzenia składek) – dotyczy osób nie zarejestrowanych w Urzędzie Pracy - kserokopię orzeczenie o niepełnosprawności.		

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata do Projektu



WERSJA NR 3

Załącznik nr 1a Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

OŚWIADCZENIA O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany/a.....
(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a
(zgodnie z oświadczeniem o miejscu zamieszkania)

Nr PESEL:

W związku z moim udziałem w realizacji Projektu pn. „**Nowe umiejętności to większe możliwości 2!**” (nr Projektu RPWM.02.03-01-28-0056/18) oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „Regionalny Program Operacyjny Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020” jest Województwo Warmińsko-Mazurskie reprezentowane przez Zarząd Województwa Warmińsko-Mazurskiego z siedzibą w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie przy ul. Emilii Plater 1, 10-562 Olsztyn, będący Instytucją Zarządzającą Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: **Instytucja Zarządzająca**).
2. Administratorem moich danych osobowych w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych” jest Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego.
3. Instytucja Zarządzająca powołała Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@warmia.mazury.pl. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego powołał Inspektora Ochrony Danych, z którym kontakt jest możliwy pod adresem email: iod@miir.gov.pl.
4. Moje dane osobowe przetwarzane są na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych). Oznacza to, że moje dane osobowe są niezbędne do wypełnienia przez Instytucję Zarządzającą obowiązków prawnych ciążących na niej w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 (dalej: RPO WiM 2014-2020). Wspomniane obowiązki prawne ciążące na Instytucji Zarządzającej w związku z realizacją RPO WiM 2014-2020 określone zostały przepisami m.in. niżej wymienionych aktów prawnych:
 - a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,



WERSJA NR 3

- c) Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020,
- d) Rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi.
5. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu wykonania przez Instytucję Zarządzającą określonych prawem obowiązków w związku z realizacją Projektu pn. „**Nowe umiejętności to większe możliwości 2!**”, w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, zarządzania, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WiM 2014-2020.
6. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu Projekt - Fundacja Rozwoju Przedsiębiorczości „ATUT” ul. Jana III Sobieckiego 3c/57, 14-100 Ostróda (nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom (o ile dotyczy), które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu.
7. Moje dane osobowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, są udostępniane uprawnionym podmiotom i instytucjom, w tym Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego.
8. Moje dane osobowe mogą zostać powierzone lub udostępnione także specjalistycznym podmiotom realizującym badania ewaluacyjne, kontrole i audyt w ramach RPO WiM 2014-2020, w szczególności na zlecenie Instytucji Zarządzającej RPO WiM lub Beneficjenta .
9. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
10. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
11. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu całkowitego rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
12. W każdym czasie przysługuje mi prawo dostępu do moich danych osobowych, jak również prawo żądania ich sprostowania. Natomiast prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania danych, prawo do przenoszenia danych oraz prawo do sprzeciwu, przysługuje mi w przypadkach i na zasadach określonych odpowiednio w art. 17-22 RODO.
13. Jeżeli uznam, że przetwarzanie moich danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych, mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
14. Podanie przeze mnie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania będzie równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
15. Po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, zgodnie z zakresem danych określonych w *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020* (tzw. Wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego)¹.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata do projektu)

¹ Dotyczy oświadczeń uczestników Projektów dla właściwych typów operacji.



WERSJA NR 3

Załącznik nr 1b. Oświadczenie o spełnieniu kryteriów kwalifikacyjnych

OŚWIADCZENIE KANDYDATA O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH

Ja niżej podpisany/a
(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

Oświadczam, że (właściwe należy zaznaczyć „X”):

TAK	NIE	
		posiadam wykształcenie co najwyżej średnie (max. na poziomie ISCED3)
		i/lub wiek 50+
		z własnej inicjatywy jestem zainteresowana/y podnoszeniem poziomu kompetencji i umiejętności
		prowadzę działalność gospodarczą
		uczę się, pracuję lub mieszkam w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na obszarze województwa warmińsko-mazuskiego
		ubiegam się o refundację szkolenia już rozpoczętego i/lub zakończonego;
		ubiegam się o dofinansowanie za szkolenie/kurs jednocześnie z innych źródeł tj. u innego Operatora i/lub z innych źródeł (np. innego programu) w szczególności ze środków UE;
		Jestem osobą 74+ i jestem gotowa/y podjąć bądź kontynuować zatrudnienie po zakończeniu udziału w projekcie

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż uczestnik projektu ponosi odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. W związku z tym, w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą, Operatorowi projektu przysługuje od uczestnika projektu roszczenie w drodze powództwa cywilnego oraz brak możliwości dofinansowania, tj. nierozliczenie kosztów w przypadku poświadczenia nieprawdy.

W załączeniu przedkładam:

- kserokopia dokumentu potwierdzający poziom wykształcenia

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata do projektu)



WERSJA NR 3

Załącznik nr 1c Oświadczenie o wyborze szkolenia i kosztów dojazdu

OŚWIADCZENIE O WYBORZE SZKOLENIA

Ja niżej podpisany/a
(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

Oświadczam, że wybieram następujące szkolenia oraz dodatkowe wsparcie (*właściwie zaznaczyć „X”*):

SZKOLENIE JĘZYKOWE	TAK	NIE
Szkolenie z języka angielskiego (<i>właściwie zaznaczyć „X”</i>) Ilość godzin dydaktycznych: 60 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> Egzamin: po 60 godz. <input type="checkbox"/> lub po zakończeniu szkolenia bez względu na ilość godzin <input type="checkbox"/>		
Szkolenie z języka niemieckiego (<i>właściwie zaznaczyć „X”</i>) Szkolenie w wymiarze : 60 <input type="checkbox"/> 120 <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> Egzamin: po 60 godz. <input type="checkbox"/> lub po zakończeniu szkolenia bez względu na ilość godzin <input type="checkbox"/>		
SZKOLENIE Z ZAKRESU ICT/KOMPUTEROWE	TAK	NIE
Aktywne i bezpieczne surfowanie po Internecie		
Nabycie kompetencji z wykorzystaniem map cyfrowych systemu informacji przestrzennej (Geoportale)		
SZKOLENIE Z ZARZĄDZANIA PROJEKTAMI (planowanie i osiągnięcie celów)	TAK	NIE
Prince		
Agile		
Management of risk		
Change management		
Kreowanie planowanie i zarządzanie projektem społecznym dla mieszkańców		
DODATKOWE WSPARCIE	TAK	NIE
ZWROT KOSZTÓW DOJAZDU - <i>tylko dla osób dojeżdżających na szkolenia z zakresu ICT oraz zarządzania projektami.</i>		

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata do projektu)



WERSJA NR 3

Załącznik nr 1d Oświadczenie o niepełnosprawności – dotyczy osób które w pkt. III ppkt 2 zaznaczyły odpowiedź twierdzącą

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Ja niżej podpisany/a
(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

Oświadczam, że:

- jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.);
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez właściwy organ - w załączeniu kserokopia orzeczenie o niepełnosprawności

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem zgodność danych w oświadczeniu.

SPECJALNE POTRZEBY:

Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję (właściwe zaznaczyć „X”):

- dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda
- przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa
- materiały w alfabecie Braille’a
- tłumacz polskiego języka migowego (PJM)
- tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)
- pętla indukcyjna
- wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową
- obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością
- specjalne potrzeby żywieniowe
- zapewnienie warunków dla psa asystującego
- inne na przykład: wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust.
- Inne (jakie)
- Nie posiadam specjalnych potrzeb
- Nie dotyczy

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata do projektu)



WERSJA NR 3

Załącznik nr 1e Oświadczenie o dofinansowaniu wkładu własnego – dotyczy osób spełniających kryteria dofinansowania wkładu

OŚWIADCZENIE O DOFINANSOWANIU WKŁADU WŁASNEGO

Ja niżej podpisany/a
(Imię i Nazwisko składającego oświadczenie)

Zamieszkały/a
(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

Oświadczam, że (właściwie zaznaczyć „X”):

jestem długotrwale bezrobotna/y, tj. jestem bezrobotna/y nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy), i/lub

posiadam orzeczenie o niepełnosprawności o znacznym stopniu

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego potwierdzam własnoręcznym podpisem zgodność danych w oświadczeniu.

W celu weryfikacji statusu długotrwale bezrobotnego należy dostarczyć:

- zaświadczenie z Urzędu Pracy – dotyczy osób zarejestrowanych w Urzędzie Pracy
- zaświadczenie z ZUS o wysokości podstawy naliczania składek za okres ostatnich 13 miesięcy (z wyszczególnieniem źródła pochodzenia składek) – dotyczy osób nie zarejestrowanych w Urzędzie Pracy

W celu weryfikacji orzeczenia o niepełnosprawności o znacznym stopniu należy dostarczyć:

- kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydata do projektu)