



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Niania szansą na powrót do pracy 2”.

Potwierdzenie złożenia wniosku (wypełnia Biuro ds. Rekrutacji)			
Data wpływu Formularza rekrutacyjnego	Godzina	Numer rekrutacyjny	Podpis osoby przyjmującej wniosek

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Dane Kandydatki	
LP.	
1	Imię
2	Nazwisko
3	PESEL
4	Płeć <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5	Wykształcenie <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) w sytuacji, gdy osoba nie osiągnęła wykształcenia podstawowego <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) - dotyczy także osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) - dotyczy osób, które uzyskały tytuł licencjata/ inżyniera/ magistra/ doktora
6	Województwo
7	Powiat
8	Gmina
9	Miejscowość
10	Ulica
11	Nr budynku Nr lokalu
12	Kod pocztowy
13	Telefon kontaktowy
14	Adres e-mail
15	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: a) osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy b) osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy c) osoba bierna zawodowo d) osoba pracująca



	e) osoba pracująca, przebywająca na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (do dnia)
16	Jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś /-aś a) lub b) zaznacz: a) osoba długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy na dzień składania formularza) b) inne
17	Jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś d) lub e) zaznacz właściwe: a) osoba pracująca w administracji rządowej b) osoba pracująca w administracji samorządowej c) osoba pracująca w MMŚP d) osoba pracująca w organizacji pozarządowej e) osoba prowadząca działalność na własny rachunek f) osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie g) inne
18	Wykonywany zawód - jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś d) lub e) zaznacz właściwe: a) instruktor praktycznej nauki zawodu b) nauczyciel kształcenia ogólnego c) nauczyciel wychowania przedszkolnego d) nauczyciel kształcenia zawodowego e) pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia f) kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej g) pracownik instytucji rynku pracy h) pracownik instytucji szkolnictwa wyższego i) pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej j) pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej k) pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej l) inny
19	Miejsce zatrudnienia - jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś d) lub e) , wpisz wtedy nazwę pracodawcy:
20	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
21	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
22	Osoba z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
23	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej): <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Kryteria kwalifikujące	
24	Imię i nazwisko, numer PESEL dziecka/ dzieci, którego/ których dotyczyć ma wsparcie w projekcie: 1) 2) 3)



25	Rodzic sprawujący opiekę nad dzieckiem wspólnie z Kandydatką do projektu jest osobą pozostającą w zatrudnieniu na podstawie: <input type="checkbox"/> umowy o pracę, <input type="checkbox"/> świadczenia usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, która stanowi tytuł do ubezpieczeń społecznych (umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o świadczenie usług), <input type="checkbox"/> prowadzenia pozarolniczej działalności, <input type="checkbox"/> prowadzenia działalności rolniczej (z wyjątkiem osoby, która podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników jako domownik) <input type="checkbox"/> nie dotyczy
26	Dziecko uczęszcza do żłobka, klubu dziecięcego lub jest pod opieką opiekuna dziennego: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
Kryteria premiujące	
27	Niepełnosprawność (rodzica/ dziecka/ dzieci): (+20pkt.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, ja niżej podpisana oświadczam, że posiadam/ moje dziecko posiada/moje dzieci posiadają (niepotrzebne skreślić) aktualne orzeczenie o niepełnosprawności. Data i podpis Kandydatki
28	Osoba samotnie wychowująca dziecko/ dzieci: (+15pkt.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, ja niżej podpisana oświadczam, że jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci. Data i podpis Kandydatki
29	Uzyskiwanie dochodów maksymalnie 1000 zł na członka rodziny: (+10pkt.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, ja niżej podpisana oświadczam, że uzyskuję dochody do 1000 zł/na członka rodziny. Ilość osób w rodzinie:..... Dochód rodziny łącznie:..... Dochód na osobę w rodzinie:..... Data i podpis Kandydatki
30	Zamieszkiwanie na terenach wiejskich: (+5pkt.) <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak, ja niżej podpisana oświadczam, że zamieszkuję na terenie wiejskim Powiatu Piotrkowskiego w(dotyczy gmin Aleksandrów, Czarnocin, Gorzkowice, Grabica, Łęki Szlacheckie, Moszczenica, Ręczno, Rozprza, Sulejów, Wola Krzysztoporska, Wolbórz). Data i podpis Kandydatki

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Kandydatki)

Załącznik do formularza:

- kopia aktu urodzenia dziecka/ dzieci

- zaświadczenie o zatrudnieniu wystawione przez pracodawcę/ zaświadczenie o wpisie do CEIDG / wyciąg z KRS