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

|  |
| --- |
| **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 * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| 5 | Wykształcenie * niższe niż podstawowe (ISCED 0) w sytuacji, gdy osoba nie osiągnęła

wykształcenia podstawowego * podstawowe (ISCED 1)
* gimnazjalne (ISCED 2)
* ponadgimnazjalne (ISDEC 3) - dotyczy także osób, które posiadają wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe policealne (ISCED 4)
* 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:1. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
2. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
3. osoba bierna zawodowo
4. osoba pracująca
5. osoba pracująca, przebywająca na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (do dnia ………………..)
 |
| 16 | Jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś /-aś **a)** lub **b)** zaznacz:1. osoba długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy na dzień składania formularza)
2. inne
 |
| 17 | Jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś **d)** lub **e)** zaznacz właściwe:1. osoba pracująca w administracji rządowej
2. osoba pracująca w administracji samorządowej
3. osoba pracująca w MMŚP
4. osoba pracująca w organizacji pozarządowej
5. osoba prowadząca działalność na własny rachunek
6. osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
7. inne
 |
| 18 | Wykonywany zawód - jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś **d) lub e)** zaznacz właściwe:1. instruktor praktycznej nauki zawodu
2. nauczyciel kształcenia ogólnego
3. nauczyciel wychowania przedszkolnego
4. nauczyciel kształcenia zawodowego
5. pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
6. kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
7. pracownik instytucji rynku pracy
8. pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
9. pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
10. pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
11. pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
12. 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: * tak
* nie
* odmowa podania informacji
 |
| 21 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: * tak
* nie
 |
| 22 | Osoba z niepełnosprawnościami: * tak
* nie
 |
| 23 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):* tak
* nie
* 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:☐ umowy o pracę,☐ świadczenia usług na podstawie umowy cywilnoprawnej, która stanowi tytuł do ubezpieczeń społecznych (umowy agencyjnej, umowy zlecenia, umowy o świadczenie usług), ☐ prowadzenia pozarolniczej działalności,  ☐ prowadzenia działalności rolniczej (z wyjątkiem osoby, która podlega ubezpieczeniu społecznemu rolników jako domownik) ☐ nie dotyczy |
| 26 | Dziecko uczęszcza do żłobka, klubu dziecięcego lub jest pod opieką opiekuna dziennego:☐ nie☐ tak |
| **Kryteria premiujące** |
| 27 | Osoba samotnie wychowująca dziecko/ dzieci:☐ nie☐ tak, ja niżej podpisana oświadczam, że jestem osobą samotnie wychowującą dziecko/dzieci.………………………………………………………………………………………………..**Data i podpis Kandydatki** |
| 28 | Niepełnosprawność (rodzica/ dziecka/ dzieci):☐ nie☐ tak, ja niżej podpisana oświadczam, że posiadam/ moje dziecko posiada/moje dzieci posiadają (niepotrzebne skreślić) aktualne orzeczenie o niepełnosprawności. Do dokumentacji dołączam orzeczenie lub zaświadczenie poświadczające stan zdrowia…………………………………………………………………………………………………..**Data i podpis Kandydatki** |
| 29 | Uzyskiwanie dochodów maksymalnie 1000 zł na członka rodziny:☐ nie☐ tak, ja niżej podpisana oświadczam, że uzyskuję dochody do 1000 zł/na członka rodziny.…………………………………………………………………………………………………..**Data i podpis Kandydatki** |
| 30 | Zamieszkiwanie na terenach wiejskich☐ nie☐ 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