**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