|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU****„KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW”****RPWP.07.01.02-30-0200/19** |
| **CZĘŚĆ I****DANE PERSONALNE** |
| Imię: |  |
| Nazwisko: |  | Płeć: | [ ]  Kobieta |
| PESEL: |  | ☐ Mężczyzna |
| Adres zamieszkania:[[1]](#footnote-1) |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Numer domu: |  |
| Kod pocztowy: |  | Numer lokalu: |  |
| Powiat: |  | Gmina: |  |
| Województwo: |  |
| Telefon kontaktowy: |  |  |  |  |
| Adres e-mail: |  |
| Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania): | Miejscowość: |
| Ulica: |
| Numer domu: |
| Numer lokalu: |
| Kod pocztowy: |
| Gmina: |
| Powiat: |
| Województwo: |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ II****Wykształcenie** |
| Oświadczam, że mam wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe): | Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 |  |
|  | Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 |  |
| Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 |  |
| Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)ISCED 3 |  |
| Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 |  |
| Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie) ISCED 5-8 |  |

|  |
| --- |
| **CZĘŚĆ III****Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oświadczam, że: | **Jestem osobą bierną zawodowo** [[2]](#footnote-2)*Na potwierdzenie należy załączyć informację z ZUS o braku tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej przez uczestnika, która w pierwszej kolejności potrzebuje wsparcia w zakresie aktywizacji społecznej* | ☐ TAK☐ NIE |
| Oświadczam, że: | **Jestem osobą zamieszkującą na terenie gminy Czarnków[[3]](#footnote-3)** | ☐ TAK☐ NIE |
| Oświadczam, że: | **Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[4]](#footnote-4)** | ☐ TAK☐ NIE |
| Oświadczam, że: | **Należę do grupy docelowej**[[5]](#footnote-5) | ☐ TAK☐ NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CZĘŚĆ IV****STATUS SPOŁECZNY** |  |
| Oświadczam, że: | Jestem osobą zagrożoną ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym, korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 . o pomocy społecznej w tym:1) ubóstwa; 2) sieroctwa;3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności;6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) (uchylony) 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii;14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej | ☐ TAK☐ NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oświadczam, że: | Należę do gospodarstwa domowego gdzie jego członkowie sprawują opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością | ☐ TAK☐ NIE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oświadczam, że: | Jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym[[6]](#footnote-6) | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności objętą dozorem elektrycznym | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | ☐ TAK☐ NIE |
| Oświadczam, że: | Jestem osobą z niepełnosprawnościami(należy dołączyć kopię orzeczenia/opinii lub inny dokumentów niepełnosprawności zgodny z właściwą ustawą) |[ ]  TAK |
|  |  |[ ]  NIE |
|  |  |[ ]  ODMOWA |
|  | Znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (podkreślić poprawne)  | ☐ TAK☐ NIE |
|  | z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi  | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Jestem osobą lub należę do rodziny korzystającej z PO PŻ, lecz zakres wsparcia zaplanowany w projekcie nie powiela działań, które otrzymuję z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ  | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Jestem osobą należącą do społeczności romskiej | ☐ TAK☐ NIE |
| Oświadczam, że  | Jestem osobą spełniającą minimum 2 przesłanki wykluczenia społecznego zgodnie z definicją podaną w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie – należy wymienić poniżej:  1. ………………………………………  2. ………………………………………  | ☐ TAK☐ NIE |
| Oświadczam, że  | Osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia   | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Osobą zagrożoną ubóstwem/ wykluczaniem społecznym oraz środowiska lub lokalne społeczności zagrożonych ubóstwem/ wykluczeniem społecznym w związku z realizacją programów rewitalizacji | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Jestem osobą zagrożoną ubóstwem/ wykluczeniem społecznym oraz ze środowiska lub lokalnej społeczności zagrożonej ubóstwem/ wykluczeniem społecznym zgodnie z obowiązującymi programami rewitalizacji dla danej gminy/powiatu/miasta | ☐ TAK☐ NIE |
|  | Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej[[7]](#footnote-7) | ☐ TAK☐ NIE |

**OŚWIADCZENIA:**

**Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:**

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie **„KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW”** i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w ww. projekcie.

1. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. Zobowiązuje się poddać ewaluacji i monitoringowi oraz przekazać informacje o mojej sytuacji po ukończeniu projektu oraz zobowiązuje się dostarczyć Beneficjentowi dokumenty potwierdzające moją sytuacje społeczno-zatrudnieniową;

1. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu udokumentowania zajęć szkoleniowych, podczas których prowadzona będzie prowadzona dokumentacja zdjęciowa.

 ………...……………….……………………

 **data i czytelny podpis**

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. **Informacja z ZUS** o braku tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenia społeczne w związku z zatrudnieniem lub wykonywaniem innej pracy zarobkowej przez uczestnika – na potwierdzenie statusu osoby biernej zawodowo uczestnik musi przedstawić zaświadczenie z ZUS
2. **Kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności** lub niezdolności do pracy wydane zgodnie z ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – dotyczy osób niepełnosprawnych.
3. **Zaświadczenie** o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa – jeżeli dotyczy

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW**” realizowanym przez Gminę Czarnków w ramach Działania 7.1. Aktywna integracja Poddziałanie 7.1.2 Aktywna integracja – projekty konkursowe, Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014 - 2020

…………….…………………… ………………..……………………..

**Miejscowość, data Podpis**

**Ankieta preferencji**

**Projekt „KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW”**

**nr RPWP.07.01.02-30-0200/19**

*Celem niniejszej ankiety jest wstępna deklaracja uczestnictwa w poszczególnych rodzajach wsparcia* (wybór wielokrotny):

☐ Klub Aktywnych

 ☐ Trening umiejętności obywatelskich,

☐ Trening ekonomiczny

☐ Wsparcie zdrowia psychicznego

☐ Wsparcie dietetyka

☐ Wsparcie osób niepełnosprawnych - rehabilitacja

☐ Szkolenia podnoszące kwalifikacje/kompetencje adekwatne do potrzeb rynku pracy

☐ Staże

☐ Spotkania integracyjne

…………….…………………… ………………..……………………..

 Miejscowość, data Podpis

**Ankieta potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami**

**Projekt „KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW”**

**nr RPWP.07.01.02-30-0200/19**

*Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, by niwelować bariery osób niepełnosprawnych.*

1. Jakie problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

1. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w usługach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

………...……………….……………………

 data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. **KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW RPWP.07.01.02-30-0200/19** oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 – Marszałek Województwa Wielkopolskiego mający siedzibę przy al. Niepodległości 34, 61-714 Poznań. Natomiast w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych - minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa.

2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 na podstawie:

1) W odniesieniu do zbioru „Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020”:

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 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 320) z późn. zm.), zwanym dalej rozporządzeniem 1303/2013,

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 (Dz. U. UE. L. 2013. 347. 470 z późn. zm.), zwanym dalej rozporządzeniem 1304/2013,

c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1431 z późn. zm.) zwaną dalej ustawa wdrożeniową.

2) W odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:

a) rozporządzenia 1303/2013,

b) rozporządzenia 1304/2013,

c) ustawy wdrożeniowej,

 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 (Dz. U. UE. L. 2014.286.1).

3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu **KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW RPWP.07.01.02-30-0200/19**, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+).

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Poznaniu, z siedzibą przy ul. Szyperskiej 14, 61-754 Poznań, Beneficjentowi (Partner wiodący) realizującemu Projekt – Gmina Czarnków, ul. Rybaki 3, 64-700 Czarnków(nazwa i adres Beneficjenta) oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji Projektu –(nazwa i adres ww. podmiotów znanych w momencie składania oświadczenia uczestnika projektu). Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej lub Beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz Beneficjenta w szczególności kontrole i audyt w ramach WRPO 2014+.

5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

6. W terminie 4 tygodni 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.

7. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.

9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 z uwzględnieniem okresu archiwizacji przewidzianego przepisami prawa.

11. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej, odpowiednio: a) inspektor.ochrony@umww.pl - w odniesieniu do zbioru Wnioskodawcy WRPO 2007-2013 i 2014-2020 b) iod@miir.gov.pl - w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych

12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

…..……………………………………… ..……………………………………………

 MIEJSCOWOŚĆ I DATA CZYTELNY PODPIS

 UCZESTNIKA PROJEKTU\*\*

\* \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

1. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
2. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy, potwierdzone stosownym dokumentem*\*.*
3. Udostępnię informację o swojej sytuacji na rynku pracy firmom badawczym realizującym ewaluacje/analizy/ekspertyzy na zlecenie Instytucji Koordynującej, Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub Beneficjenta.

|  |  |
| --- | --- |
|     …..………………………….……………………  |    ………………………………………………………  |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA*  | *CZYTELNY PODPIS* *UCZESTNIKA PROJEKTU\*\**  |

\*Niepotrzebne skreślić (wykreśla Beneficjent w zależności od ogłoszonego konkursu).

\*\*W przypadku uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

……………………………………………………. ………………………………………….
 Imię i nazwisko Miejscowość i data

……………………………………………………….

 Adres zamieszkania

……………………………………………………….

 Adres c.d.

……………………………………………………….

 Pesel

 Zakład Ubezpieczeń Społecznych

 w ……………………………………………..

 **Wniosek**

Ja niżej podpisany/a zwracam się z prośbą o wydanie zaświadczenia dotyczącego mojej osoby w kwestii statusu ubezpieczeniowego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych.

Wzór zaświadczenia stanowi załącznik do niniejszego wniosku. Jednocześnie proszę o wysłanie zaświadczenia na mój adres zamieszkania.

 Z poważaniem

………………………………..

 Miejscowość i data

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Oddział w………………………….

**ZAŚWIADCZENIE**

Zakład Ubezpieczeń Społecznych zaświadcza, że Pan/Pani………………………………………………..……

PESEL……………………..…..………….. na dzień wystawienia zaświadczenia[[8]](#footnote-8):

1. nie podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym z tytułów, o których mowa w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych[[9]](#footnote-9),
2. podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym jako pracownik i jednocześnie w okresie do dnia …….………………… przebywał/a na urlopie wychowawczym (według raportów rozliczeniowych z ostatniego okresu, za który płatnik składek miał obowiązek przekazania dokumentów do ZUS),
3. podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym od dnia ………………………….[[10]](#footnote-10) z tytułu…………..………………..[[11]](#footnote-11)

Cel wydania zaświadczenia: *potwierdzenie statusu osoby bezrobotnej/biernej zawodowo w związku z ubieganiem się o wsparcie w projekcie współfinansowanym ze środków EFS.*

1. Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. W przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie Województwa Wielkopolskiego, na terenie Gminy Czarnków - uczą się lub zamieszkują na ww. terenie w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, os. bezdomne - przebywają na tym obszarze). [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują\* i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo) [↑](#footnote-ref-2)
3. Grupę docelową stanowią osoby zamieszkujące na terenie Województwa wielkopolskiego, na terenie Gminy Czarnków - zamieszkują na ww. terenie w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, os. bezdomne - przebywają na tym obszarze), zagrożone ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa, bierne zawodowo, bezrobotne. [↑](#footnote-ref-3)
4. Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją wskazaną w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**KLUB AKTYWNYCH W GMINIE CZARNKÓW**” [↑](#footnote-ref-4)
5. Grupę docelową stanowią osoby zamieszkujące na terenie Województwa wielkopolskiego, na terenie Gminy Czarnków (w przypadku osób fizycznych - zamieszkują na ww. terenie w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, os. bezdomne - przebywają na tym obszarze), zagrożone ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym zgodnie z definicją Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa, bierne zawodowo, bezrobotni. [↑](#footnote-ref-5)
6. Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do:

1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

2) uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie lecznictwa odwykowego;

3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;

4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;

5) długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym. [↑](#footnote-ref-6)
7. Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0, tj., które nie ukończyły szkoły podstawowej [↑](#footnote-ref-7)
8. Należy wskazać jednoznacznie tylko jeden podpunkt poprzez skreślenie pozostałych. [↑](#footnote-ref-8)
9. (Dz. U. z 2020 r. poz. 266 ze zm.) [↑](#footnote-ref-9)
10. Należy wypełnić wyłącznie w przypadku, jeżeli istnieje aktualny tytuł do ubezpieczeń społecznych wskazany w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych [↑](#footnote-ref-10)
11. Należy wskazać jeden z tytułów wymienionych w art. 6 ust. 1 pkt 1-6, 8, 10-20 i 22 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych. Podpunktu c) nie należy wypełniać jeżeli został wypełniony podpunkt b) [↑](#footnote-ref-11)