

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – OSOBA Z OTOCZENIA UCZESTNIKA**

Indywidualna Ścieżka Wsparcia (IŚW)

do udziału w projekcie „Razem do Zmiany – CIS Brata Krystyna”

nr projektu FELB.06.09-IZ.00-0003/26

Realizator projektu:	Stowarzyszenie Pomocy Bliźniemu im. Brata Krystyna w Gorzowie Wielkopolskim
Adres / kontakt:	Biuro projektu: ul. Słoneczna 63, 66-400 Gorzów Wlkp. · tel. 95 720 18 40 · e-mail: biuro@bratkrystyn.pl CIS: ul. Kasprowiczka 41, 66-400 Gorzów Wlkp. · tel. 502 929 914 · e-mail: cis.gorzow@bratkrystyn.pl
Miejsce realizacji wsparcia:	Centrum Integracji Społecznej Brata Krystyna w Gorzowie Wlkp. (ul. Kasprowiczka 41); Filia CIS w miejscowości Długie (gm. Strzelce Krajeńskie)
Okres realizacji projektu:	01.09.2026 – 30.11.2027
Obszar rekrutacji:	województwo lubuskie (w szczególności Gorzów Wlkp. i gmina Strzelce Krajeńskie)

Który formularz? Ten formularz wypełnia osoba z najbliższego otoczenia uczestnika projektu (rodzina, środowisko lokalne), która ma zostać objęta wsparciem uzupełniającym. Uczestnik projektu (UP) ubiegający się o IPZS wypełnia odrębny formularz. O objęciu wsparciem decyduje potrzeba wskazana w diagnozie uczestnika – bez punktacji.

I. DANE OSOBOWE

Imię (imiona):	
Nazwisko:	
PESEL:	
Data urodzenia:	
Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	
Obywatelstwo:	

Wykształcenie (najwyższy ukończony poziom):

- ☐ niższe niż podstawowe / podstawowe / gimnazjalne (ISCED 0–2)
- ☐ ponadgimnazjalne / zasadnicze zawodowe / średnie / policealne (ISCED 3–4)
- ☐ wyższe (ISCED 5–8)

Sposób zgłoszenia do projektu (zaznaczyć jedno):

- ☐ wskazanie przez uczestnika projektu
- ☐ wskazanie przez kadrę CIS w diagnozie uczestnika
- ☐ z własnej inicjatywy osoby z otoczenia (za zgodą uczestnika projektu)

II. DANE KONTAKTOWE

Ulica, nr domu / nr lokalu:	
Kod pocztowy i miejscowość:	
Gmina:	
Powiat:	
Województwo:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	



Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) określa CIS – dane zbierane wyłącznie na potrzeby sprawozdawczości w CST2021.

III. STATUS NA RYNKU PRACY W DNIU PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

- ☐ osoba bierna zawodowo (nie pracuje i nie poszukuje pracy)
- ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy
- ☐ w tym osoba długotrwale bezrobotna (w rejestrze PUP ponad 12 miesięcy w ostatnich 2 latach)
- ☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP (bez pracy, gotowa do jej podjęcia i aktywnie jej poszukująca)

Dokument potwierdzający status: zaświadczenie lub informacja z PUP (osoba bezrobotna zarejestrowana) albo zaświadczenie z ZUS / potwierdzenie z PUE ZUS, ważne do 30 dni przed rozpoczęciem udziału w projekcie (osoba bierna zawodowo lub bezrobotna niezarejestrowana).

IV. POWIĄZANIE Z UCZESTNIKIEM PROJEKTU

Imię i nazwisko uczestnika projektu (UP):

Kim jest dla uczestnika projektu (zaznaczyć jedno):

- ☐ małżonek / partner / partnerka
- ☐ rodzic
- ☐ dziecko
- ☐ rodzeństwo
- ☐ inny członek rodziny:
- ☐ osoba ze środowiska lokalnego (przyjaciel, sąsiad, opiekun):

Zamieszkuje wspólnie z uczestnikiem projektu: ☐ tak ☐ nie**Potwierdzenie uczestnika projektu**

Potwierdzam, że wskazana osoba należy do mojego najbliższego otoczenia i wyrażam zgodę na objęcie jej wsparciem uzupełniającym w ramach IŚW.

.....
data.....
czytelny podpis uczestnika projektu (UP)**V. DANE DO SPRAWOZDAWCZOŚCI CST2021 (DOBROWOLNE)**

Informacje dotyczą danych szczególnej kategorii (art. 9 RODO). Podanie ich jest dobrowolne – można zaznaczyć „odmowa podania”. Dane służą wyłącznie monitorowaniu i sprawozdawczości projektu.

Informacja	Tak	Nie	Odmowa podania
Osoba z niepełnosprawnością	☐	☐	☐
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej, np. romskiej)	☐	☐	☐
Osoba obcego pochodzenia / cudzoziemiec (w tym obywatel kraju trzeciego)	☐	☐	☐
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐	☐	☐

VI. ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA

- ☐ dokument potwierdzający status na rynku pracy: zaświadczenie lub informacja z PUP (osoba bezrobotna zarejestrowana) albo zaświadczenie z ZUS / potwierdzenie z PUE ZUS, ważne do 30 dni przed rozpoczęciem udziału w projekcie (osoba bierna zawodowo lub bezrobotna niezarejestrowana)



- ☐ orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
- ☐ Oświadczenie RODO uczestnika projektu (wzór IZ)
- ☐ inne (jakie?):

VII. OŚWIADCZENIA

- ☐ Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu cywilnego na terenie województwa lubuskiego.
- ☐ Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą i jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym.
- ☐ Zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie i akceptuję jego warunki.
- ☐ Zostałam/em poinformowana/y, że udział w projekcie jest dobrowolny i nieodpłatny.
- ☐ Wyrażam zgodę na udział w diagnozie potrzeb oraz na opracowanie Indywidualnej Ścieżki Wsparcia (IŚW).

Udział w innych projektach EFS+ z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej

Zgodnie z Wytocznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków EFS+ w regionalnych programach na lata 2021–2027 dana osoba nie może otrzymywać jednocześnie wsparcia w więcej niż jednym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że (zaznaczyć jedno):

- ☐ nie biorę udziału w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus
- ☐ biorę udział w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej współfinansowanym ze środków EFS+, ale zakres i cel udzielanego mi wsparcia nie jest tożsamy z tym określonym w projekcie „Razem do Zmiany – CIS Brata Krystyna” (nazwa/nr projektu:)

Ochrona danych osobowych (RODO)

- ☐ Zapoznałam/em się z Oświadczeniem RODO uczestnika projektu (wzór IZ) dołączonym do formularza. Wiem, że moje dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji i realizacji projektu, w tym w systemie CST2021, przez odrębnych administratorów: Stowarzyszenie Pomocy Bliźniemu im. Brata Krystyna (ul. Słoneczna 63, Gorzów Wlkp.), Ministra właściwego ds. rozwoju regionalnego oraz Zarząd Województwa Lubuskiego. Oświadczenie RODO podpiszę przy kwalifikacji do projektu.

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis kandydatki/kandydata

**VIII. CZĘŚĆ WYPEŁNIANA PRZEZ CIS / KOMISJĘ REKRUTACYJNĄ**

Data wpływu zgłoszenia:	
Weryfikacja formalna (0/1):	☐ pozytywna ☐ negatywna
Wielokrotne uczestnictwo – dane wprowadzone do SM EFS dnia (do 3 dni roboczych od rekrutacji):	☐ brak powiadomień ☐ powiadomienie wyjaśniono
Potrzeba objęcia IŚW wskazana w diagnozie uczestnika (data diagnozy):	
Decyzja komisji:	☐ zakwalifikowano do IŚW ☐ lista rezerwowa ☐ nie zakwalifikowano
Obszar zamieszkania wg DEGURBA (tylko sprawozdawczość):	☐ miejski ☐ wiejski
Uzasadnienie decyzji:	

Skład komisji rekrutacyjnej:

1. pracownik socjalny: (imię i nazwisko, podpis)
2. specjalista ds. społeczno-zawodowych: (imię i nazwisko, podpis)
3. instruktor zawodu: (imię i nazwisko, podpis)

.....
data

.....
podpisy członków komisji rekrutacyjnej