



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA/CZKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

**„Wdrażanie idei dostępności w jednostkach administracji publicznej województwa lubelskiego”
nr POWR.02.18.00-00-0073/20**

I. DANE JST DELEGUJĄCEJ PRACOWNIKÓW DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	
Pieczęć JST	

II. DANE OSOBOWE DELEGOWANEGO PRACOWNIKA			
Imię/Imiona:			
Nazwisko:			
Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Data i miejsce urodzenia:		PESEL:	
Adres zamieszkania ¹ :			
województwo:	powiat:	gmina:	
ulica:	nr domu:	nr lokalu:	
kod pocztowy:	miejscowość:		
Nr telefonu:		Adres e-mail:	
Obszar:	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski	<input type="checkbox"/> miejsko-wiejski
Wykształcenie: <i>(należy zaznaczyć WYŁĄCZNIE NAJWYŻSZY posiadany poziom)</i>	<input type="checkbox"/> Poniżej podstawowego (kształcenie ukończone na poziomie poniżej szkoły podstawowej)		
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)		

¹ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu.



wyszktałenia):	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
	<input type="checkbox"/> Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie wyższym licencyjnym lub magisterskim)
III. SYTUACJA ZAWODOWA OSOBY DELEGOWANEJ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	
1. Wykonywany zawód:	
2. Zajmowane stanowisko/Wydział/Dział:	
3. Oświadczam, że jestem pracownikiem samorządowym (w rozumieniu ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o pracownikach samorządowych, Dz. U. z 2019 r. poz. 1282 ze zm.) zatrudnionym w urzędzie gminie/starostwie powiatowym/urzędzie marszałkowskim oddelegowanym do uczestnictwa w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4. Oświadczam, że jestem pracownikiem JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ JST w zakresie pełnienia obowiązków Koordynatora dostępności/wspierającą KD/wykonującą zadania KD*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Oświadczam, że jestem Koordynatorem dostępności/osobą wspierającą KD/wykonującą zadania KD , zatrudnioną w administracji publicznej (urząd gminy, starostwo powiatowe, urząd marszałkowski)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6. Oświadczam, że jestem pracownikiem ze szczególnymi potrzebami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. Oświadczam, że jestem osobą zatrudnioną na stanowisku obsługowym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
IV. STATUS UCZESTNIKA - DODATKOWE INFORMACJE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia²	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

²**Migranci**-cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Pod uwagę bierze się również migrantów powrotnych, tj. osoby, które powróciły do Polski z pobytu zagranicą, bądź pracowały/uczyły się/przebywały za granicą powyżej 3 miesięcy oraz posiadają obywatelstwo polskie oraz imigrantów, tj. osób, które przybyły do Polski w celu osiedlenia się i podjęcia aktywności ekonomicznej; **Osoby obcego pochodzenia**-to cudzoziemcy –każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski; Zgodnie z prawem krajowym **mniejszości narodowe** to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. **Mniejszości etniczne**: karaimska, łemkowska, romska, tatarska;



Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ³	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osobą z niepełnosprawnościami ⁴	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) ⁵	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
V. INFORMACJE O SZKOLENIACH	
Preferowana tematyka szkolenia:	<p>1. Szkolenia z zakresu stosowania rozwiązań ułatwiających zatrudnianie osób z niepełnosprawnością:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>2. Szkolenia dla Koordynatorów dostępności/osób wspierających KD/osób wykonujących zadania KD</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>3. Doradztwo z zakresu wdrażania wypracowanych wniosków i rekomendacji audytowych</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
VI. ANKIETA POTRZEB / USPRAWNIEŃ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	
1. Czy widzi Pan/Pani problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności w związku ze swoim udziałem	

³**Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe** definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności -specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe -lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach.

⁴Za **osoby z niepełnosprawnościami** uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2016 poz. 546, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.

⁵Przykładem takiego uczestnika może być osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) i jest poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1. Innym przykładem uczestników, których należy wykazać we wskaźniku są byli więźniowie, narkomani, osoby mieszkających na obszarze terenów wiejskich itp.

PROJEKT:

Wdrażanie idei dostępności w jednostkach administracji publicznej województwa lubelskiego

BIURO PROJEKTU:

Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej
Regionalny Ośrodek w Lublinie
ul. 1-go Maja 13/4, 20-410 Lublin

tel. 81 532 64 40
e-mail: projekt@frdl.lublin.pl
www.frdl.lublin.pl/projekty



w projekcie? Jeśli tak, to jakie?

2. Czy ma Pan/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu? Jeśli tak, to jakie? (np. sale i budynki pozbawione barier architektonicznych dla osób z niepełnosprawnością ruchową, powiększona czcionka, zmieniony kontrast dla osób z niepełnosprawnością wzrokową)

VII. OŚWIADCZENIA

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że

1. Wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2. Zapoznałem/am się z *Regulaminem rekrutacji* i uczestnictwa w projekcie: „Wdrażanie idei dostępności w jednostkach administracji publicznej województwa lubelskiego” nr POWR.02.18.00-00-0073/20 oraz akceptuję jego warunki.
3. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/na, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz z budżetu państwa.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.
5. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
6. Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Realizatora/Beneficjenta projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
7. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości realizacji zajęć w formie zdalnej (w zależności od sytuacji pandemicznej).
8. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia będą realizowane w dni robocze, od poniedziałku do piątku, w godz. 08.00-18.00, w cyklach 2-3 dniowych, maksymalnie 7h dyd., zajęć dziennie, poza miejscem pracy.
9. Zostałem/am poinformowany/a, iż jako pracownik samorządowy mogę wziąć udział w dwóch szkoleniach i doradztwie realizowanym w ramach projektu.

PROJEKT:

Wdrażanie idei dostępności
w jednostkach administracji publicznej
województwa lubelskiego

BIURO PROJEKTU:

Fundacja Rozwoju Demokracji Lokalnej
Regionalny Ośrodek w Lublinie
ul. 1-go Maja 13/4, 20-410 Lublin

tel. 81 532 64 40
e-mail: projekt@frdl.lublin.pl
www.frdl.lublin.pl/projekty



10. Zostałem/am poinformowany/a, iż jako pracownik jednostki organizacyjnej JST, mogę wziąć udział tylko w szkoleniu dla Koordynatorów dostępności/osób wspierających KD/osób wykonujących zadania KD oraz w doradztwie z zakresu wdrażania wypracowanych wniosków i rekomendacji audytowych.
11. Wyrażam zgodę na odbycie zajęć w innym miejscu niż moje miejsce pracy.
12. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/na o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych przez Realizatora/Beneficjenta projektu oraz Instytucję Pośredniczącą.
13. W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w Projekcie przekażę Realizatorowi/Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
14. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Realizatora/Beneficjenta projektu o wszelkich zmianach dotyczących danych podanych przeze mnie w niniejszym Formularzu.
15. Przyjmuję do wiadomości, że dane zawarte w oświadczeniach zawartych w Formularzu zgłoszeniowym mogą podlegać weryfikacji w krajowych rejestrach, np. w rejestrze ZUS, KRS, CEIDG.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis)