Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Nowy etap”

nr: FEWM.09.03-IZ.00-0053/23 – obowiązuje od 20.02.2026 r.

| **FORMULARZ APLIKACYJNY** | | | |
|---|---|---|---|
| Tytuł projektu | **„Nowy etap”** | Nr projektu | **nr FEWM.09.03-IZ.00-0053/23** |
| Data wpływu | | Podpis osoby przyjmującej Formularz | |

Prosimy o czytelne wypełnienie (**DRUKOWANYMI LITERAMI**) lub wstawić **„X”** w białych, pustych polach.

| **DANE OSOBOWE** | | | |
|---|---|---|---|
| **IMIĘ/IMIONA:** | | | |
| **NAZWISKO:** | | **PŁEĆ** | ☐KOBIETA<br>☐MĘŻCZYZNA |
| **DATA URODZENIA** | | **WIEK** (w chwili przystąpienia do projektu) | Wypełnia osoba przyjmująca Formularz |
| **PESEL/INNY IDENTYFIKATOR** | | | |
| **Inny dokument potwierdzający tożsamość (tylko w przypadku braku nr PESEL):** | RODZAJ DOKUMENTU | | |
| | NUMER DOKUMENTU | | |
| | Data wydania dokumentu/data ważności dokumentu: | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA (według Kodeksu Cywilnego)[1]** | WOJEWÓDZTWO | | |
| | POWIAT | | |
| | GMINA | | |

[1] Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

| | | |
|---|---|---|
| | MIEJSCOWOŚĆ | |
| | ULICA | |
| | NR BUDYNKU | |
| | NR LOKALU | |
| | KOD POCZTOWY | |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):** | | |
| **TELEFON KONTAKTOWY[2]** | | |
| **ADRES E-MAIL** | | |

| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA**<br>**Oświadczam, że posiadam wykształcenie** (*proszę zaznaczyć „X" we właściwym polu*): | |
|---|---|
| **brak** (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0 | □ |
| **Podstawowe**<br>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1 | □ |
| **Gimnazjalne**<br>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 | □ |
| **Ponadgimnazjalne**<br>(kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3 | □ |
| **Policealne**<br>(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 | □ |

**STATUS NA RYNKU PRACY**
**Oświadczam, że posiadam status**: (należy zaznaczyć „X" we właściwym polu):

□ **Osoby bezrobotnej, w tym:**
- □ długotrwale bezrobotna,
- □ inne.

**Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy (PUP) [w przypadku osoby bezrobotnej zarejestrowanej (w tym również długotrwale) w Urzędzie Pracy] o posiadaniu statusu osoby bezrobotnej lub zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.*

[2] Pole obowiązkowe

□ **Osoby biernej zawodowo, w tym:**

□ osoba nieuczestnicząca w kształceniu,
□ osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie,
□ inne.

**Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) lub potwierdzenie wygenerowane z Platformy Usług Elektronicznych ZUS PUE.*

□ **Osoby pracującej, w tym:**

□ osoba prowadząca działalność na własny rachunek
□ osoba pracująca w administracji rządowej
□ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)
□ osoba pracująca w organizacji pozarządowej
□ osoba pracująca w MMŚP
□ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
□ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
□ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
□ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
□ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
□ osoba pracująca na uczelni
□ osoba pracująca w instytucie naukowym
□ osoba pracująca w instytucie badawczym
□ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci badawczej Łukasiewicz
□ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
□ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
□ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
□ inne.

** Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie o zatrudnieniu od pracodawcy.*

| **KRYTERIA FORMALNE - obligatoryjne (należy zaznaczyć „X" we właściwym polu):** | **TAK** | **NIE** |
|---|---|---|
| **1. Oświadczam, że na dzień składania Formularza Aplikacyjnego jestem osobą dorosłą** (w wieku powyżej 18 r.ż.)<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam dokument tożsamości/paszport lub inny ważny dokument potwierdzający tożsamość (do wglądu)* | □ | □ |

| | | |
|---|---|---|
| **2. Oświadczam, że jestem osobą pracującą/uczącą się/zamieszkującą na terenie obszaru:**<br><br>**□ subregionu ełckiego**<br><br>**lub**<br><br>**□ subregionu elbląskiego**<br><br>**w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego.**<br><br>□ osoba pracująca<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie od pracodawcy potwierdzające pracę na terenie obszaru subregionu ełckiego lub subregionu elbląskiego,*<br><br>□ osoba ucząca się<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie z placówki oświatowej potwierdzające miejsce pobierania nauki oraz planowaną datę zakończenia edukacji,*<br><br>□ osoba zamieszkująca<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie/oświadczenie (możliwość złożenia oświadczenia tylko w przypadku braku możliwości pozyskania odpowiedniego zaświadczenia.*<br>*Składając oświadczenie należy dołączyć dokument potwierdzający wskazany wyżej adres zamieszkania).* | □ | □ |
| **3. Oświadczam, że jestem Obywatelem państw trzecich**<br><br>Osoba nieposiadająca obywatelstwa żadnego z krajów UE ani: Norwegii, Islandii, Liechtensteinu i Szwajcarii/bezpaństwowcy/os. bez ustalonego obywatelstwa.<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam paszport lub inny ważny dokument potwierdzający tożsamość lub tożsamość i obywatelstwo oraz zaświadczenie/dokument potwierdzający legalny pobyt w Polsce np. wiza, karta pobytu (czasowego, stałego lub rezydenta długoterminowego UE) czy dokument potwierdzający objęcie ochroną.* | □ | □ |

| **KRYTERIA PREMIUJĄCE (fakultatywne):**<br>***(należy zaznaczyć „X" we właściwym polu):*** | **TAK** | **NIE** |
|---|---|---|
| **1. Oświadczam, że jestem osobą, która po agresji Federacji Rosyjskiej na Ukrainę została objęta w Polsce ochroną czasową** (zgodnie z aktualnym stanem prawnym)<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie potwierdzające objęcie ochrona czasową/dokument potwierdzający posiadanie statusu UKR.* | ☐<br>(+20 pkt.) | ☐ |
| **2. Oświadczam, że jestem kobietą** | ☐<br>(+15 pkt.) | ☐ |
| **3. Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną:**<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam orzeczenie o niepełnosprawności lub dokument poświadczający stan zdrowia.* | ☐<br>(+8 pkt.) | ☐ |
| **4. Oświadczam, że wśród członków rodziny przynajmniej jedna osoba pozostaje bez zatrudnienia**<br><br>*Na potwierdzenie w załączeniu przedkładam zaświadczenie z PUP/ZUS* | ☐<br>(+5 pkt.) | ☐ |
| **Ogółem liczba punktów** (wypełnia Beneficjent) | | |

| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA SPECJALNYCH POTRZEB WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (DOTYCZY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ)** | | |
|---|---|---|
| **Rodzaj potrzeby** | ***Proszę wpisać potrzebę wynikającą z niepełnosprawności*** | |
| Dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową: | | □ Nie zgłaszam specjalnych potrzeb<br><br>□ Nie dotyczy |
| Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów: | | |
| Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie: | | |
| Zapewnienie tłumacza języka migowego: | | |
| Inne (np. specjalne wyżywienie): | | |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA POTRZEB DLA OSÓB OBCEGO POCHODZENIA** | | |
| Proszę wpisać potrzeby związane z posiadaniem obcego pochodzenia (np. zapewnienie tłumacza z uwagi na barierę językową): | | □ Nie zgłaszam potrzeb<br><br>□ Nie dotyczy |

| **MINIMALNY ZAKRES DANYCH DO WPROWADZENIA W SYSTEMIE: SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus)** **OŚWIADCZAM, ŻE** *( należy zaznaczyć „X" we właściwym polu):* | |
|---|---|
| **Jestem osobą obcego pochodzenia** | □ tak<br>□ nie |
| **Jestem osobą państwa trzeciego** | □ tak<br>□ nie |
| **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)** | □ tak<br>□ nie<br>□ odmowa udzielenia informacji |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | □ tak<br>□ nie |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnościami** | □ tak<br>□ nie<br>□ odmowa udzielenia informacji |

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/TKI:**

Świadomy/a odpowiedzialności za podanie danych niezgodnych z prawdą,

**oświadczam, że:**

1. **Zgłaszam** dobrowolną chęć udziału w Projekcie „**Nowy etap**" **nr FEWM.09.03-IZ.00-0053/23.**
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. **Zapoznałem/am** się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Nowy etap" nr FEWM.09.03-IZ.00-0053/23 akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami spełniam kryteria uczestnictwa oraz zobowiązuję się na wniosek Beneficjenta Projektu oraz Instytucji kontrolującej, do przedstawienia dokumentu źródłowego potwierdzającego prawdziwość powyższych danych.
4. **Zostałem/am** poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków EFS+ w ramach Programu Regionalnego Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027.
5. **Zostałem/am** poinformowany/a, że złożenie niniejszego Formularza Aplikacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

6. **Zostałem/am** poinformowany/a, że formy wsparcia mogą odbywać się w innej miejscowości, niż moje miejsce zamieszkania.
7. **Zostałem/-am** poinformowany/a, że firma **Paweł Rozmarynowski ARTCOM** z siedzibą w Pile (64-920) ul. Okrzei 18 jest administratorem danych wpisanych przeze mnie do niniejszego Formularza Aplikacyjnego oraz załączników. Przedmiotowe dane przetwarzane będą przez firmę **Paweł Rozmarynowski ARTCOM** wyłącznie w celach związanych z realizowanym Projektem, a w szczególności wykorzystane zostaną do wprowadzenia do systemu SL2021, CST2021 (Centralny system teleinformatyczny, tj. system teleinformatyczny, o którym mowa w art. 2 pkt 29 ustawy wdrożeniowej, w którym rejestruje się i przechowuje w formie elektronicznej dane, zgodnie z art. 72 ust. 1 lit. e.) oraz SM EFS (System Monitorowania Europejskiego Funduszu Społecznego Plus aplikacja wchodząca w skład CST2021 wspierająca procesy monitorowania udzielanych wsparć do obsługi procesu gromadzenia i monitorowania danych podmiotów i uczestników otrzymujących wsparcie w ramach projektów realizowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus dla perspektywy finansowej 2021-2027).
8. Dane te będą udostępniane wyłącznie podmiotom upoważnionym na mocy przepisów prawa. Służy mi prawo wglądu do tych danych i ich poprawiania.
9. **Zostałem/-am** poinformowany/a, że Beneficjent Projektu Paweł Rozmarynowski ARTCOM wraz z Partnerami firmą ”ATEST" SZKOLENIA, OBSŁUGA FIRM BEATA MARIA CHOJĘTA oraz ”FUNDACJA NIEZALEŻNI” zapewnia standard ochrony danych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
10. **Zapoznałem/łam się** z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
11. **Wyrażam zgodę** na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu **„Nowy etap” nr FEWM.09.03-IZ.00-0053/23** (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).”
12. **Zostałem/am** poinformowany/a o obowiązku dostarczenia Beneficjentowi Projektu w terminie 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie (również w przypadku jego przerwania) danych dotyczących sytuacji społecznej po opuszczeniu programu

(oświadczenie/zaświadczenie potwierdzające rozpoczęcie nauki, wzmocnienie motywacji do pracy po projekcie, zwiększenie pewności siebie i własnych umiejętności, poprawę stanu zdrowia, poprawę umiejętności rozwiazywania pojawiających się problemów) oraz informacji dot. podjęcia kształcenia lub szkolenia, (oświadczenie/zaświadczenie o podjęciu kształcenia (uczenie się przez całe życie, kształcenie formalne) lub szkolenia poza miejscem pracy/w miejscu pracy, szkolenia zawodowego), ankieta samooceny expost.

13. **Wyrażam zgodę** na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez **„Nowy etap" nr FEWM.09.03-IZ.00-0053/23** zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych.
14. **Zostałem/am** poinformowany/a o obowiązku udziału w badaniach ewaluacyjnych prowadzonych przez Beneficjenta oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej.
15. **Zostałem/am** poinformowany/a, że jestem zobowiązany/a do niezwłocznego informowania Beneficjenta o zmianach w zakresie danych osobowych i kontaktowych, podjęciu zatrudnienia, zmianie adresu zamieszkania oraz innych okolicznościach mogących mieć wpływ na możliwość udziału w projekcie.
16. Zobowiązuję się do dostarczenia Beneficjentowi Projektu załączników do niniejszego Formularza Aplikacyjnego wymaganych na podstawie Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „**Nowy etap**" **nr FEWM.09.03-IZ.00-0053/23.**
17. **Uprzedzony/a** o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z przepisów Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

…… …….

**Miejscowość, data** **Podpis Kandydata/tki Projektu**