



Załącznik nr 1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU**

|                              |
|------------------------------|
| <b>NAZWA BENEFICJENTA:</b>   |
| GMINA KROBIA                 |
| <b>TYTUŁ PROJEKTU:</b>       |
| Krobia – aktywna i kreatywna |
| <b>NR PROJEKTU:</b>          |
| FEWP.09.06-IZ.00-0013/25     |

|  |              |                                     |
|--|--------------|-------------------------------------|
| <b>RODZAJ UCZESTNIKA</b>   | INDYWIDUALNY | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <b>DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE</b><br>(za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia) |              | 29.06.2026                          |

|  |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|----------------|--|---|--|--|--|--|--|--|
| <b>DANE UCZESTNIKA</b>   |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>IMIĘ</b>  |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>NAZWISKO</b>  |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>PESEL/INNY IDENTYFIKATOR</b>  |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>PŁEĆ</b>  | <b>MĘŻCZYZNA</b>  |  | <b>KOBIETA</b> |  | <b>WIEK</b><br>(w chwili przystąpienia do projektu) |  |  |  |  |  |  |
| <b>WYKSZTAŁCENIE:</b>  | <b>ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2)</b><br>(przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)  |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  | <b>PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4)</b><br>(osoby, które <u>ukończyły</u> szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną) |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
|  | <b>WYŻSZE (ISCED 5–8)</b><br>(osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>PLANOWANA DATA ZAKOŃCZENIA EDUKACJI W PLACÓWCE EDUKACYJNEJ, W KTÓREJ SKORZYSTANO ZE WSPARCIA</b>  |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY</b><br>(Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie) |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>IMIĘ</b>  |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |
| <b>NAZWISKO</b>  |   |  |                |  |   |  |  |  |  |  |  |



| DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA |  |
|----------------------------|--|
| WOJEWÓDZTWO                |  |
| POWIAT                     |  |
| GMINA                      |  |
| MIEJSCOWOŚĆ                |  |
| ULICA                      |  |
| NR BUDYNKU                 |  |
| NR LOKALU                  |  |
| KOD POCZTOWY               |  |
| TELEFON KONTAKTOWY         |  |
| ADRES E-MAIL               |  |

| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU   |     |  |                                 |     |  |
|--|-----|--|---------------------------------|-----|--|
| <b>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b><br>tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów  | TAK |  |                                 | NIE |  |
| <b>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO</b><br>tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec  | TAK |  |                                 | NIE |  |
| <b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ</b><br>mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska;<br>mniejszości etnicznej: karaimska, łemkowska, romska, tatarska;<br>społeczności marginalizowane: Romowie  | TAK |  | ODMOWA<br>PODANIA<br>INFORMACJI | NIE |  |
| <b>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b><br>1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;<br>2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);<br>3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby | TAK |  |                                 | NIE |  |



|   |     |  |                                 |  |     |
|---|-----|--|---------------------------------|--|-----|
| zagrożone przemocą;<br><br>4.Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;<br><br>5.Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. |     |  |                                 |  |     |
| <b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b><br>Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.<br>Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.  | TAK |  | ODMOWA<br>PODANIA<br>INFORMACJI |  | NIE |
| <b>RODZINA KANDYDATA KORZYSTA ZE ŚWIADCZEŃ POMOCY SPOŁECZNEJ</b>  | TAK |  | ODMOWA<br>PODANIA<br>INFORMACJI |  | NIE |
| <b>RODZIC KANDYDATA PROWADZI GOSPODARSTWO ROLNE</b>   |     |  |                                 |  |     |
| <b>RODZIC SAMOTNIE WYCHOWUJE KANDYTATA</b>  | TAK |  | ODMOWA<br>PODANIA<br>INFORMACJI |  | NIE |
| <b>OBOJE RODZICÓW WYKONUJE PRACĘ ZAWODOWĄ (LUB RODZIC SAMOTNIE WYCHOWUJĄCY PRACUJE)</b>   | TAK |  | ODMOWA<br>PODANIA<br>INFORMACJI |  | NIE |
| <b>JEDEN Z RODZICÓW KANDYDATA PRACUJE</b>   | TAK |  | ODMOWA<br>PODANIA<br>INFORMACJI |  | NIE |
| <b>KANDYDAT POCHODZI Z RODZINY WIEŁODZIETNEJ</b>  |     |  |                                 |  |     |
| <b>KANDYDAT JEST OBJĘTY PIECZĄ ZASTĘPCZĄ</b>  |     |  |                                 |  |     |

|  |  |
|--|--|
| <b>SZCZEGÓŁY WSPARCIA</b>  |  |
| <b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)</b>   |  |
| <b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO</b><br>tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną |  |
| W TYM  | OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU   |
| W TYM  | OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE<br>- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni |



| <b>SZCZEGÓŁY WSPARCIA</b>   |   |  |
|---|---|--|
|   | być wykazywani jako osoby pracujące<br>- dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących<br>- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych |  |
| W TYM   | INNE  |  |
| <b>OSOBA BEZROBOTNA</b>   |   |  |
| - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia |   |  |
| W TYM   | <b>OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA</b><br>tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego  |  |
| W TYM   | INNE  |  |
| <b>OSOBA PRACUJĄCA</b>  |   |  |
| W TYM   | OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ<br>(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM   |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI  |  |
| W TYM   | OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ   |  |
| W TYM   | INNE  |  |

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu lub  
rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)

**Moje dziecko ma potrzeby specjalne wymagające zapewnienia dostępności udziału w projekcie** TAK<sup>1</sup>     NIE

**Ważne !!!:** Informacje zawarte w tym formularzu nie wpływają na wynik rekrutacji i nie służą przyznawaniu punktów rankingowych. Ich celem jest wyłącznie zapewnienie Państwu dziecka równego dostępu do programu oraz maksymalnego komfortu i bezpieczeństwa podczas zajęć.

| <b>POTRZEBY DOSTĘPNOŚCI I RACJONALNYCH USPRAWNIĘĆ</b>   |         |
|---|---------|
| <b>Bariery architektoniczne i mobilność</b>   |         |
| Moje dziecko porusza się na wózku inwalidzkim (wymaga podjazdów, windy, odpowiedniej szerokości drzwi).   |         |
| Moje dziecko ma trudności z pokonywaniem schodów (wymaga dostępu do windy lub lokalizacji zajęć na parterze).   |         |
| Moje dziecko potrzebuje wsparcia fizycznego przy przemieszczaniu się między salami lub w terenie.   |         |
| Inne:   |         |
|   |         |
| <b>Bariery komunikacyjne i sensoryczne</b>  |         |
| Trudności z widzeniem: Potrzeba przygotowania materiałów w druku powiększonym lub zapewnienia dodatkowego doświetlenia stanowiska pracy.                                  |         |
| Trudności ze słyszeniem: Potrzeba korzystania z pętli indukcyjnej lub konieczność bezpośredniego zwracania się do dziecka (komunikacja werbalna wspomagana gestykulacją). |         |
| Nadwrażliwość sensoryczna: Silna reakcja na hałas (potrzeba słuchawek wyciszających), ostre światło lub specyficzne faktury przedmiotów/jedzenia.                         |         |
| Rozumienie przekazu: Potrzeba stosowania prostego języka, krótkich komunikatów lub wsparcia w postaci piktogramów i planów dnia w formie wizualnej                        |         |
| INNE:   |         |
|   |         |
| <b>Potrzeby cyfrowe</b>   |         |
| <b>Czy dziecko potrzebuje wsparcia w dostępie do materiałów edukacyjnych lub informacyjnych przekazywanych w formie elektronicznej?</b>                                   | TAK/NIE |
| W przypadku odpowiedzi tak proszę opisać potrzeby, np. konieczność dostosowania plików do czytników ekranu, potrzeba użycia myszki pionowej, powiększonego kursora itp.): |         |
|   |         |
| <b>Wsparcie indywidualne i potrzeby specjalistyczne</b>   |         |
| <b>Prosimy o opisanie specyficznych wymagań opiekuńczych, które pozwolą nam odpowiednio</b>   |         |

<sup>1</sup> W przypadku zaznaczenia tak, proszę uzupełnić tabelę potrzeb i racjonalnych usprawnień



**zaopiekować się Państwa dzieckiem.**

**Opis indywidualnych potrzeb dziecka** (Prosimy o uwzględnienie informacji o: alergiach i dietach (np. bezglutenowa, bezmleczna), przyjmowanych lekach wymagających nadzoru personelu, konieczności udziału asystenta osoby z niepełnosprawnością lub specyficznych zachowaniach dziecka w grupie rówieśniczej):

**Gromadzenie powyższych danych odbywa się zgodnie z „Wytycznymi dotyczącymi realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027”. Dane te są przetwarzane wyłącznie w celu realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, zapewniając każdemu dziecku sprawiedliwy i pełnoprawny udział w projekcie.**

**OŚWIADCZENIE**

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.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis uczestnika projektu lub  
rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)