



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Data złożenia Kwestionariusza kwalifikacyjnego:
Nr kandydata (Wypełnia pracownik biura projektu)

Kwestionariusz kwalifikacyjny

Dane uczestnika	Imię (Imiona)			
	Nazwisko			
	PESEL			
	Wykształcenie	Brak	<input type="checkbox"/>	
		Podstawowe	<input type="checkbox"/>	
		Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	
		Ponadgimnazjalne:	<input type="checkbox"/>	
		Pomaturalne:	<input type="checkbox"/>	
	Wyższe: (lic., mgr, inż. itp.)	<input type="checkbox"/>		
	Płeć	Kobieta	<input type="checkbox"/>	
Mężczyzna		<input type="checkbox"/>		
Wiek lat			
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	TAK (fakt posiadania przez uczestnika projektu pod opieką dziecka do lat 7 lub osoby zależnej)	<input type="checkbox"/>		
	Nie	<input type="checkbox"/>		
Dane kontaktowe	Województwo			
	Kod pocztowy			
	Miejscowość			
	Obszar	Miejski	<input type="checkbox"/>	
		Wiejski	<input type="checkbox"/>	
	Powiat			
	Gmina			
	Ulica			
	Nr domu	Nr lokalu		
	Tel. Kom./stacjonarny			
Adres poczty e-mail				
Status na rynku pracy	Nieaktywna zawodowo	<input type="checkbox"/>		
		W tym osoba ucząca się lub kształcąca	<input type="checkbox"/>	
	Bezrobotna	<input type="checkbox"/>		
		Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>	
Jestem zatrudniona	<input type="checkbox"/>			

Akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie *Mistrzynie florystyki - warsztaty integracyjne dla kobiet*.
Świadoma/y odpowiedzialności karnej za podawanie nieprawdziwych informacji, przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.

Zapoznałam się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie

.....
miejscowość, data i czytelny podpis uczestnika



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

W związku z przystąpieniem do Projektu "**Mistrzynie florystyki - warsztaty integracyjne dla kobiet**" realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. administratorem tak zebranych danych osobowych jest Minister Rozwoju Regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki z siedzibą w Warszawie, ul. Wspólna 2/4, 00-926 Warszawa;
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu "**Mistrzynie florystyki - warsztaty integracyjne dla kobiet**", ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu "**Mistrzynie florystyki - warsztaty integracyjne dla kobiet**", ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki;
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5. mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika projektu



OŚWIADCZENIE O POZOSTAWANIU BEZ ZATRUDNIENIA *

Ja niżej podpisany(a),

.....
(imię i nazwisko)

Nr PESEL:.....

Oświadczam, że jestem osobą pozostającą bez zatrudnienia. Czyli osobą niewykonywającą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia lub innej pracy zarobkowej w co najmniej połowie wymiaru czasu pracy.

Nie jestem osobą zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zamieszkania (stałego lub czasowego) powiatowym urzędzie pracy jako bezrobotna, o której mowa w art. 2 ust. 2 pkt. a-k ustawy z dnia 20 kwietnia 2004r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008r. Nr 69, poz. 415, z późn. zm.).

Pouczenie o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą: mam świadomość, że za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą ponoszę odpowiedzialność na podstawie przepisów prawa polskiego i wspólnotowego.

.....
miejsowość, data

.....
czytelny podpis Beneficjentki Ostatecznej

* nie dotyczy zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODÓW

Ja niżej podpisana..... zamieszkała
(imię i nazwisko)

.....
(kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr mieszkania)

niniejszym oświadczam, iż razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

L.p.	Imię	Nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Wiek	Czy pobiera naukę (tak/nie)	Dochód brutto*
Dane dotyczące Uczestniczki						
1.						
Pozostali członkowie wspólnego gospodarstwa domowego:						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
SUMA						

*średni miesięczny dochód brutto za zamknięty kwartał poprzedzający datę złożenia dokumentów rekrutacyjnych.

Oświadczam, że wysokość średniego miesięcznego dochodu brutto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym – wyliczona za okres ostatnich zamkniętych trzech miesięcy poprzedzających datę złożenia dokumentów rekrutacyjnych –

wynosi.....zł

słownie złotych:
(należy wyliczyć zgodnie z punktem nr 8 pouczenia)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

Świadoma odpowiedzialności karnej za podawanie nieprawdziwych informacji, przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 06 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że wszystkie podane informacje są zgodne z prawdą.



Pouczenie:

1. Do najbliższej rodziny pozostającej we wspólnym gospodarstwie domowym, zalicza się:
 1. rodziców (opiekunów) Wnioskodawcy,
 2. rodzeństwo Wnioskodawcy do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku pobierania nauki, do ukończenia lat 25, z tym że niepełnosprawne rodzeństwo Wnioskodawcy – bez względu na wiek;
 3. współmałżonka Wnioskodawcy,
 4. dzieci Wnioskodawcy do ukończenia 18 roku życia, a w przypadku pobierania nauki, do ukończenia lat 25, z tym że niepełnosprawne dzieci Wnioskodawcy – bez względu na wiek.
2. Wnioskodawca pozostający w związku małżeńskim i zamieszkujący razem ze swoimi rodzicami, składa niniejsze oświadczenie w oparciu o sytuację materialną własnego gospodarstwa domowego, odrębnego od rodziców, jeżeli:
 1. małżeństwo posiada źródło stałych dochodów, innych niż otrzymywane od rodziców (opiekunów) na mocy obowiązku alimentacyjnego, tj. obowiązku dostarczania środków utrzymania, a w miarę potrzeby także środków wychowania,
 2. średnia miesięczna wysokość dochodów gospodarstwa domowego za ostatnie trzy zamknięte miesiące jest nie mniejsza niż najniższe wynagrodzenie, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. Nr 123, poz. 776 z późn. zm.).
3. Wnioskodawca pozostający w związku małżeńskim i nie prowadzący własnego gospodarstwa domowego, którego współmałżonek nie posiada żadnych źródeł dochodów, składa niniejsze oświadczenie, wyliczone na podstawie dochodów swoich rodziców. Jeżeli Wnioskodawca posiada dziecko na utrzymaniu, to dziecko można zaliczyć do wspólnego gospodarstwa rodziców Wnioskodawcy. Do wspólnego gospodarstwa nie wlicza się współmałżonka Wnioskodawcy.
4. Wnioskodawca, który prowadzi własne gospodarstwo domowe i posiada własne stałe dochody, składa niniejsze oświadczenie wyliczone na podstawie własnych dochodów. Za własne gospodarstwo domowe uważa się sytuację, gdy Wnioskodawca mieszka samodzielnie i może udokumentować, że z własnych dochodów ponosi wszelkie opłaty z tego tytułu.
5. **Za dochody uwzględniane** przy wyliczeniu średnich miesięcznych dochodów brutto, **uważa się**:
 - 1) wynagrodzenie uzyskiwane w ramach stosunku pracy, z tytułu umowy zlecenia, umowy o dzieło, umowy agencyjnej lub umowy o pracę nakładczą,
 - 2) dochody z tytułu:
 - a) członkostwa spółdzielni,
 - b) wykonywania wolnego zawodu,
 - c) działalności twórczej lub artystycznej,
 - d) działalności gospodarczej lub współpracy przy prowadzeniu takiej działalności,
 - 3) świadczenia pieniężne z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa,
 - 4) emerytury, renty inwalidzkie i renty rodzinne wraz ze wszystkimi dodatkami, z wyjątkiem dodatków,
 - 5) pielęgnacyjnych,
 - 6) stypendia, z zastrzeżeniem pkt. 7,
 - 7) zasiłki rodzinne,
 - 8) renty socjalne, zasiłki stałe,
 - 9) alimenty i zaliczki alimentacyjne,
 - 10) zasiłki przysługujące bezrobotnym,
 - 11) zasiłki na utrzymanie rodziny wypłacane żołnierzom,
 - 12) dochód z pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym – na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2004r. Nr 64, poz.593 z późn. zm.),
 - 13) dochód z tytułu prowadzenia działalności objętej podatkiem,



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

14) inne.

6. Dochód brutto oblicza się przez odjęcie od łącznych przychodów członków rodziny Wnioskodawcy, następujących składników:
- 1) kwot wpłaconych składek na ubezpieczenie społeczne,
 - 2) kosztów uzyskania przychodów.
7. Przy ustalaniu dochodu w rodzinie Wnioskodawcy, nie uwzględnia się zasiłków pielęgnacyjnych oraz stypendium za wyniki w nauce.
8. Sposób wyliczenia średniego miesięcznego dochodu brutto na 1 członka rodziny: łączny średni dochód brutto za 3 miesiące (suma z tabeli) / liczba osób w gospodarstwie domowym (ujętych w tabeli):

$$\begin{array}{l} \text{średni miesięczny dochód brutto} \\ \text{na jednego członka rodziny} \end{array} = \frac{\text{suma z tabeli}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym ujętych w tabeli}}$$