

„MAŁA AKADEMIA”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

KARTA / FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

I. Dane osobowe rodzica/opiekuna – Uczestnika Projektu

1.1 Nazwisko													
1.2 Imię/Imiona													
1.3 PESEL												1.4 Płeć	
Miejsce zamieszkania zgodnie z Kodeksem Cywilnym													
1.5 Ulica						1.6 Nr domu				1.7 Nr lokalu			
1.8 Miejscowość													
1.9 Kod pocztowy			-				1.10 Gmina						
1.11 Powiat						1.12 Województwo							
1.13 Telefon kontaktowy						1.14 Adres e-mail							
1.15 Opiekuje się dzieckiem w wieku do 3 lat						<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE							
1.16 Deklaruję powrót na rynek pracy						<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE							
1.17 Wykształcenie						<input type="checkbox"/> WYŻSZE <input type="checkbox"/> POLICEALNE <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE							
1.18 Status na rynku pracy						1.19.1 Zatrudniona, w tym prowadząca działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE						

	1.19.2 Osiągająca niskie dochody (tzw. ubodzy pracujący)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Informacje o miejscu pracy, (jeśli dotyczy)			
nazwa zakładu pracy			
adres zakładu pracy			
zajmowane stanowisko			

Informacje o statusie na rynku pracy – oświadczam, że:				
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą pracującą i:
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Przebywam na urlopie macierzyńskim
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Przebywam na urlopie rodzicielskim
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Przebywam na urlopie wychowawczym
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Prowadzę własną działalność gospodarczą zawieszoną ze względu na obowiązek opieki nad dzieckiem
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą pracującą i:
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Osiągam niskie dochody (tzw. ubodzy pracujący)

II. Kryteria formalne

Oświadczam, że:				
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Jestem rodzicem/opiekunem dziecka w wieku do lat 3
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Mieszkam i/lub pracuję na terenie Warszawskiej Dzielnicy Wilanów i Ursynów oraz Gminie Konstancin Jeziorna.
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Przebywam na urlopie macierzyńskim/wychowawczym/rodzicielskim i deklaruje powrót na rynek pracy

III. Kryteria selekcji

Oświadczam, że:				
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Jestem rodzicem/opiekunem dziecka z niskimi dochodami
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Jestem rodzicem/opiekunem samotnie wychowującym dziecko lub osobą z niepełnosprawnością
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z wykształceniem max. średnim

IV. Pozostałe informacje konieczne w procesie rekrutacji:

TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Odmawiam podania informacji	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Odmawiam podania informacji	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
TAK	<input type="checkbox"/>	NIE	<input type="checkbox"/>	Odmawiam podania informacji	Osoba z niepełnosprawnościami

TAK		NIE		Odmawiam podania informacji	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
TAK		NIE		Odmawiam podania informacji	W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (dotyczy wyłącznie w przypadku odpowiedzi „TAK” lub „Odmawiam podania informacji” na poprzednie pytanie w innym przypadku należy wybrać „NIE”)
TAK		NIE		Odmawiam podania informacji	Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
TAK		NIE		Odmawiam podania informacji	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

Dodatkowo, razem z niniejszym kwestionariuszem, należy złożyć następujące dokumenty (kserokopie), jeżeli dotyczy:

W przypadku osób zatrudnionych:

1. Zaświadczenie od pracodawcy o przebywaniu na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim lub wychowawczym (osoba zatrudniona);
2. Informacja z ZUS/KRUS o okresie pobytu na w/w urlopie lub dokument potwierdzający zawieszenie działalności ze względu na sprawowanie osobistej opieki nad dzieckiem.

W przypadku osób osiągających niskie dochody (tzw. ubodzy pracujący)

1. Zaświadczenie o wysokości dochodów z Urzędu Skarbowego lub PIT za rok 2021

Dodatkowe dokumenty (jeżeli dotyczy):

1. Orzeczenie o niepełnosprawności dziecka;
2. Orzeczenie o niepełnosprawności rodzica/opiekuna – Uczestnika Projektu.

Oświadczam, iż:

1. Dobrowolnie deklaruję udział w projekcie pt. „MAŁA AKADEMIA”.
2. Spełniam kryteria udziału w projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „MAŁA AKADEMIA”.
3. Zobowiązuję się do powiadomienia z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności zrezygnowania z udziału w projekcie.
4. Zostałam poinformowana, iż będę uczestniczyła w projekcie współfinansowanym przez Unię Europejską w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 - 2020.
5. Zobowiązuję się do stałego przekazywania informacji dotyczącej mojej sytuacji zawodowej przez okres udziału w projekcie i w terminie do 2 tygodni od zakończenia w nim udziału.
6. Planuję wejść lub powrócić na rynek pracy, po przerwie związanej z urodzeniem i/lub wychowaniem dziecka.
7. Jestem rodzicem/opiekunem sprawującym opiekę nad dzieckiem w wieku do 3 lat.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczam, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Miejscowość, data

.....

(czytelny podpis uczestnika)

V. Dane osobowe dziecka

Dane dziecka			
Imię/imiona		Nazwisko	
PESEL		Data urodzenia	
Wiek w chwili rozpoczęcia korzystania ze żłobka - wypełnia Koordynator projektu			
Adres zamieszkania dziecka			
Ulica		Nr domu/lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość	

Termin rozpoczęcia korzystania ze żłobka:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Dodatkowe informacje o dziecku i rodzinie mogące wpłynąć na funkcjonowanie dziecka w Żłobku (alergie, stałe choroby, dodatkowe potrzeby, niepełnosprawność dziecka):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....