


FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
„Stworzenie żłobka Ekspercik”

Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego ¹	
Podpis osoby przyjmującej Formularz ²	

Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020
Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego	Działanie: 6.6 Program zapewnienia i zwiększenia dostępu do opieki nad dziećmi do lat 3
Źródło Finansowania	Europejski Fundusz Społeczny
Nazwa Beneficjenta	EXPERT GRUPA EDUKACYJNA MONIKA ADAMSKA HAMROL
Numer wniosku o dofinansowanie	RPZP.06.06.00-32-K001/18

**CZĘŚĆ I
 DANE PERSONALNE**

Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Data i miejsce urodzenia:		Wiek:	
PESEL:			
Adres zamieszkania: ³			
Ulica:			
Numer domu:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Miejscowość:			
Powiat:			

¹ Wypełnia Beneficjent

² J.w.

³ Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego, tj. miejscowość, w której przebywa się z zamiarem stałego pobytu. w przypadku osób bezdomnych – miejsce przebywania (na terenie województwa zachodniopomorskiego, inne podmioty – adres jednostki organizacyjnej w województwie zachodniopomorskim.

Województwo:	Zachodniopomorskie
Obszar (proszę zaznaczyć właściwe):	<input type="checkbox"/> Miejski ⁴ <input type="checkbox"/> Wiejski ⁵
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Adres do korespondencji (proszę podać, jeśli jest inny niż adres zamieszkania):	Ulica:
	Numer domu:
	Numer lokalu:
	Miejscowość:
	Kod pocztowy:
	Gmina:
	Powiat:
	Województwo: Zachodniopomorskie

CZĘŚĆ II
STATUS UCZESTNIKA

Status zawodowy kandydatki (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): <i>(możliwe jest zaznaczenie tylko jednej odpowiedzi TAK)</i>	Jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W tym osobą długotrwale bezrobotną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy lecz aktywnie pracy poszukującą i gotową do podjęcia pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁴ obszar położony w granicach administracyjnych miast.

⁵ tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej



	<p>Osobą bierną zawodowo⁶ pozostająca poza rynkiem pracy ze względu na obowiązek opieki nad dzieckiem do lat 3, w tym osoba, która przerwała karierę zawodową ze względu na urodzenie dziecka lub przebywająca na <u>urlopie wychowawczym</u> w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy</p> <p>data zakończenia urlopu wychowawczego:</p> <p>planowany powrót do pracy:</p> <p>Nazwa i adres zakładu pracy:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą pracującą, będącą na urlopie macierzyńskim - w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy</p> <p>data zakończenia urlopu macierzyńskiego:</p> <p>planowany powrót do pracy:</p> <p>Nazwa i adres zakładu pracy:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>Jestem osobą pracującą, będącą na urlopie rodzicielskim- w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy</p> <p>data zakończenia urlopu rodzicielskiego:</p> <p>planowany powrót do pracy:</p> <p>Nazwa i adres zakładu pracy:</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>.....</p> <p>data planowanego objęcia dziecka opieką nad dziećmi do lat 3</p>	

⁶ Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo)"

<p>Wykształcenie kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)</p> <p><i>(Proszę zaznaczyć poziom wykształcenia na podstawie ostatniej ukończonej szkoły / uczelni)</i></p>	Brak (brak formalnego wykształcenia)	
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)	
	Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)	
	Wyższe (licencjackie, magisterskie, doktoranckie)	
<p>Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):</p>	osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnością ⁷	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, tj. osobą należąca do jednej lub kilku z poniższych grup: i. osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1, ii. byli więźniowie, iii. narkomani, iv. osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, v. osoby z obszarów wiejskich.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

⁷ Osoba niepełnosprawna w rozumieniu 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.), w tym także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375).



Kryteria premiujące (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)	osoba z niepełnosprawnością ⁸	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	dziecko z niepełnosprawnościami w świetle przepisów ustawy z 27.08.1997r. lub ustawy z 19.08.1994r.	<input type="checkbox"/> TAK Rodzaj dysfunkcji <input type="checkbox"/> NIE
	osoba z wykształceniem średnim lub niższym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	niskie dochody	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Dane dziecka	Imię i nazwisko	
	PESEL	

Analiza potrzeb osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (dotyczy Uczestnika Projektu/ Matki)				
Wejście do budynku bez barier architektonicznych	Tak		Nie	
Inne indywidualne potrzeby				

Analiza potrzeb osób z orzeczeniem o niepełnosprawności (dotyczy Dziecka)				
Wejście do budynku bez barier architektonicznych	Tak		Nie	
Inne indywidualne potrzeby				

.....
 Miejscowość, data

.....
 podpis

⁸ j.w.

OŚWIADCZENIA:

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie:
 - a) zamieszkuję/pracuję się/uczę na terenie województwa zachodniopomorskiego w gminie Miasto Szczecin w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego*;
 - b) jestem w wieku powyżej 18 roku życia
 - c) posiadam status*:
 - osoby pracującej opiekującej się dziećmi do lat 3, będącej w trakcie przerwy związanej z urodzeniem lub wychowaniem dziecka i przebywającej na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy. lub
 - osoby bezrobotnej lub osoby biernej zawodowo pozostającej poza rynkiem pracy ze względu na obowiązek opieki nad dziećmi do lat 3, w tym osoby, która przerwała karierę zawodową ze względu na urodzenie dziecka lub przebywająca na urlopie wychowawczym w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy.

2. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „**Stworzenie żłobka Ekspercik**” RPZP.06.06.00-32-K01/18 realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu <http://expencik.pl/expencik-krolewiczka/>
3. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.
 - ✓ Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;
 - ✓ Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie;
 - ✓ Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Uczestnik Projektu został/a uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą w złożonych dokumentach, na podstawie których zgłasza swój udział w Projekcie.

*właściwe podkreślić

.....
Data i podpis uczestnika



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Ja niżej podpisany/a,..... deklaruje uczestnictwo w projekcie pt. „Stworzenie żłobka Ekspercik” NR: RPZP.06.06.00-32-K001/18 realizowanym przez EXPERT GRUPA EDUKACYJNA MONIKA ADAMSKA HAMROL w partnerstwie z Ośrodkiem Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnych w ramach Działania VI Rynek Pracy, Poddziałania VI.6 Program zapewniania i zwiększenia dostępu do opieki nad dziećmi do lat 3 - Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020.

.....
Data i czytelny podpis

Wyrażenie zgody na udział w badaniu ewaluacyjnym i wykorzystanie wizerunku:

„Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych oraz na wykorzystanie wizerunku w celu udokumentowania działań prowadzonych w ramach realizacji projektu.

.....
Data i czytelny podpis

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

(obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679)

W związku z przystąpieniem do projektu pt. „**Stworzenie żłobka Ekspercik**” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest:
 - 1) Zarząd Województwa Zachodniopomorskiego mający siedzibę przy ul. Korsarzy 34, 70-540 Szczecin, pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zwanego dalej RPO WZ 2014-2020, w ramach zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”,
 - 2) Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa, dla danych w ramach zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.
2. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji RPO WZ 2014-2020 na podstawie:
 - 1) w odniesieniu do zbioru „Projekty RPO WZ 2014-2020”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.);
 - 2) w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”:
 - a) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006,
 - b) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006,
 - c) ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r. poz. 1460, z późn. zm.),
 - d) rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
3. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu pt. „**Stworzenie żłobka Ekspercik**” w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WZ 2014-2020.

4. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Instytucji Pośredniczącej - Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, z siedzibą przy ul. Mickiewicza 41, 70-383 Szczecin, beneficjentowi realizującemu projekt EXPERT GRUPA EDUKACYJNA MONIKA ADAMSKA HAMROL, z siedzibą w Szczecinie przy ul. Duńskiej 27A/L U1, 71-795 Szczecin oraz podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu: Fundacji Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych i Niesamodzielnym, ul. Kminkowa 182e/2, 62-064 Plewiska. Moje dane osobowe mogą zostać przekazane podmiotom realizującym badania ewaluacyjne na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej lub beneficjenta. Moje dane osobowe mogą zostać również powierzone specjalistycznym firmom, realizującym na zlecenie Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej oraz beneficjenta kontrole i audyt w ramach RPO WZ 2014-2020, a także podmiotom świadczącym usługi pocztowe.
5. Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
6. 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.
7. W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.
8. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
9. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
10. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia RPO WZ 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
11. W sprawach związanych z Pani/Pana danymi proszę kontaktować się z [właściwym](#) Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanymi adresami poczty elektronicznej:
 - a) abi@wzp.pl
 - b) iod@miir.gov.pl
12. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
13. Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



ZAŁĄCZNIKI OBLIGATORYJNE:

- zaświadczenie o zatrudnieniu wydane przez pracodawcę i oświadczenie o przebywaniu na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim
lub
zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej
lub
oświadczenie osoby bezrobotnej niezarejestrowanej w Powiatowym Urzędzie Pracy
lub
oświadczenie osoby biernej zawodowo
- zobowiązanie się do podjęcia zatrudnienia w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy o świadczenie opieki nad dzieckiem (dotyczy osób bezrobotnych i biernych zawodowo);
lub
zobowiązanie do powrotu na rynek pracy z dniem rozpoczęcia opieki żłobkowej nad dzieckiem (dotyczy osób pracujących przebywających na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim)

ZAŁĄCZNIKI DODATKOWE:

- kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności w świetle przepisów ustawy z 27.08.1997r. lub orzeczenia albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie z 19.08.1994r. O ochronie zdrowia psychicznego – dotyczy niepełnosprawności Uczestnika Projektu
- kopia orzeczenia o niepełnosprawności w świetle przepisów ustawy z 27.08.1997r. lub orzeczenia albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie z 19.08.1994r. O ochronie zdrowia psychicznego lub oświadczenia rodziców – dotyczy niepełnosprawności dziecka
- oświadczenie o posiadanym wykształceniu;
- oświadczenie o niskich dochodach



OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO

Ja, , niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo.

Pouczenie:

Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).

Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.:

- studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne'
- osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne

Uwaga:

Osoby prowadzące działalność gospodarczą na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

Data i podpis uczestnika



OŚWIADCZENIE O NISKICH DOCHODACH

Ja niżej podpisany/amatka/ojciec⁹

Imię i nazwisko

Dziecka

Imię i nazwisko

Oświadczam, że wysokość dochodu¹⁰ na osobę w rodzinie jest nie większa niż wynikająca z Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 7 sierpnia 2015r. w sprawie wysokości dochodu rodziny albo dochodu osoby uczącej się stanowiących podstawę ubiegania się o zasiłek rodzinny i specjalny zasiłek opiekuńczy, wysokości świadczeń rodzinnych oraz wysokości zasiłku dla opiekuna (Dz. U. z 2015r., poz. 1238), czyli nie większa niż 674 zł lub 764 zł kiedy członkiem rodziny jest osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny Podpis

⁹ Niepotrzebne skreślić

¹⁰ Pod pojęciem dochodu, rozumie się dochód, o którym mowa w art. 3pkt. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych, z tym że w przypadku przychodów podlegających opodatkowaniu na zasadach określonych w art. 27, art. 30b, art. 30ci art. 30e ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, pomniejsza się je o koszty uzyskania przychodu, zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych, składki na ubezpieczenia społeczne niezaliczone do kosztów uzyskania przychodu oraz składki na ubezpieczenie zdrowotne. Przy obliczaniu dochodu członka rodziny, o którym mowa w ust. 9, bierze się pod uwagę przeciętny miesięczny dochód z 3 miesięcy wybranych spośród ostatnich 6 miesięcy poprzedzających złożeniu oświadczenia.



OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI DZIECKA

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

niniejszym oświadczam, że moje dziecko, o którego opiekę staram się w ramach projektu „Stworzenie żłobka Ekspertik” jest dzieckiem z niepełnosprawnościami tj.

- jest dzieckiem z ograniczoną sprawnością fizyczną lub psychiczną i ma dokumentację medyczną, która może to potwierdzić,
- ograniczenia będą trwały dłużej niż rok,
- z powodu ograniczeń dziecko wymaga całkowitej opieki lub pomocy, większej niż zdrowe dzieci w tym samym wieku,

ograniczenia wynikają z określonych poniżej przyczyn:

.....
.....
.....

Posiadane dysfunkcje dziecka:

.....
.....
.....

.....

data, podpis



OŚWIADCZENIE O POSIADANYM WYKSZTAŁCENIU

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

Niniejszym oświadczam, że posiadam wykształcenie średnie lub niższe tj. ostatnia przeze mnie skończona szkoła to

.....
.....

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....

data, podpis



**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BEZROBOTNEJ
(dla osób nie zarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy)**

Ja, niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osobą bezrobotną

Pouczenie:

Osoba bezrobotna – osoba pozostająca bez zatrudnienia, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia w rozumieniu Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności BAEL tj. osoba, która nie jest zarejestrowana jako bezrobotna, lecz nie pracuje, aktywnie poszukuje pracy i jest gotowa do podjęcia zatrudnienia.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i podpis uczestnika



OŚWIADCZENIE OSOBY PRACUJĄCEJ O PRZEBYWANIU NA URLOPIE MACIERZYŃSKIM LUB RODZICIELSKIM

Ja, niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osobą pracującą przebywająca na urlopie* :

- **macierzyńskim** w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
– z data zakończenia urlopu
- lub
- **rodzicielskim** w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy
- z data zakończenia urlopu

*właściwe podkreślić

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
Data i podpis uczestnika

**ZOBOWIĄZANIE DO PODJĘCIA ZATRUDNIENIA W OKRESIE 3 MIESIĘCY OD MOMENTU PODPISANIA UMOWY O ŚWIADCZENIE OPIEKI NAD DZIECKIEM
(dla osób bezrobotnych / biernych zawodowo)**

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

będąca osobą bezrobotną / bierną zawodowo pozostającej poza rynkiem pracy ze względu na obowiązek opieki nad dziećmi do lat 3, w tym osobą, która przerwała karierę zawodową ze względu na urodzenie dziecka lub przebywającą na urlopie wychowawczym w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

niniejszym zobowiązuję się do podjęcia zatrudnienia w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy o świadczenie opieki nad dzieckiem.

Zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia o zatrudnieniu lub zaświadczenia o pracy / świadczeniu usług na podstawie umowy cywilnoprawnej lub wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (o statusie indywidualnej działalności gospodarczej „Aktywny” oraz dowodów opłacenia należnych składek ZUS lub zaświadczenie wydane przez upoważniony organ (np. ZUS, US, urząd miasta lub gminy) w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy o świadczenie opieki nad dzieckiem oraz w terminach określonych w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku braku podjęcia zatrudnienia w okresie 3 miesięcy od momentu podpisania umowy o świadczenie opieki nad dzieckiem, umowa o świadczenie opieki nad dzieckiem zostanie rozwiązana w trybie natychmiastowym.

.....

data, podpis



ZOBOWIĄZANIE DO POWROTU NA RYNEK PRACY

(dla osób pracujących, przebywających na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim)

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

będąca osobą pracującą przebywająca na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim w rozumieniu ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy

niniejszym zobowiązuję się do powrotu na rynek pracy z dniem rozpoczęcia opieki żłobkowej nad moim dzieckiem, przedkładając odpowiednie zaświadczenia.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku braku powrotu na rynek pracy z dniem rozpoczęcia opieki nad dzieckiem, umowa o świadczenie opieki nad dzieckiem zostanie rozwiązana w trybie natychmiastowym.

.....

data, podpis