Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wsparcie rodzin w Gminie Choszczno”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU- RODZIC**

**w ramach projektu** **„Wsparcie rodzin w Gminie Choszczno” nr FEPZ.06.22-IP.01-0006/23**

**współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus ( EFS+)**

**w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027,**

**DANE UCZESTNIKA/CZKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Obywatelstwo: | □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju  spoza UE/ bezpaństwowiec |
| Rodzaj uczestnika:  | □ indywidualny |
| Imię (imiona): |  |
| Nazwisko: |  |
| PESEL: |  |
| Wykształcenie: | □ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)□ Ponadgimnazjalne (ISCED 3)□ Policealne (ISCED 4)□ Wyższe (ISCED 5–8) |
| Kraj: |  |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica i nr domu: |  |
| Kod pocztowy: | \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ |
| Telefon kontaktowy: |  |
| Adres e-mail: |  |

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba obcego pochodzenia | □ TAK □ NIE |
| Osoba państwa trzeciego | □ TAK □ NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowane) | □ TAK □ NIE□ odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | □ TAK □ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami (jeśli tak, dołączyć kopię orzeczenia) | □ TAK □ NIE□ odmowa podania informacji |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu : |

|  |
| --- |
| □ osoba bezrobotna, w tym:□ osoba długotrwale bezrobotna□ inne |
| □ osoba bierna zawodowo, w tym:□ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu□ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie □ inne  |
| □ osoba pracująca, 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 |

 |

**SYTUACJA RODZINNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Oświadczam, że należę do rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych** | □ TAK□ NIE |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że prowadzę wspólne gospodarstwo domowe z następującymi osobami - członkami rodziny:****[1] ……………………………………………………………..… -relacja: ……………………………………****[2] …………………………………………………………….... - relacja: ……………………………………****[3] …………………………………………………………..….. - relacja: ……………………………………****[4] …………………………………………………………..….. - relacja: ……………………………………****[5] …………………………………………………………..….. - relacja: ……………………………………**(Przykładowe relacje: *związek małżeński / pokrewieństwo/ powinowactwo w linii prostej / powinowactwo II stopnia/ powinowactwo w linii bocznej / w stosunku przysposobienia / opieka / kuratela)*  **Oświadczam, że wśród tych osób są dzieci przed ukończeniem 18 roku życia, które uczestniczyć będą we wsparciu w ramach projektu** |
| **DZIECKO (1)**Dziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec* uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa *(proszę zaznaczyć właściwe)*
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba obcego pochodzenia □ TAK □ NIE
* Osoba państwa trzeciego □ TAK □ NIE
* Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) □ TAK □ NIE
* Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ TAK □ NIE
 | **DZIECKO (2)**Dziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec* uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa *(proszę zaznaczyć właściwe)*
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba obcego pochodzenia □ TAK □ NIE
* Osoba państwa trzeciego □ TAK □ NIE
* Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) □ TAK □ NIE
* Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ TAK □ NIE
 |
| PESEL: |  | PESEL: |  |
| Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 | Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| Imię |  | Imię |  |
| Nazwisko  |  | Nazwisko |  |
| **DZIECKO (3)**Dziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec* uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa *(proszę zaznaczyć właściwe)*
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba obcego pochodzenia □ TAK □ NIE
* Osoba państwa trzeciego □ TAK □ NIE
* Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) □ TAK □ NIE
* Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ TAK □ NIE
 | **DZIECKO (4)**Dziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec* uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa *(proszę zaznaczyć właściwe)*
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba obcego pochodzenia □ TAK □ NIE
* Osoba państwa trzeciego □ TAK □ NIE
* Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) □ TAK □ NIE
* Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ TAK □ NIE
 |
| PESEL: |  | PESEL: |  |
| Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 | Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| Imię |  | Imię |  |
| Nazwisko  |  | Nazwisko |  |
| Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK □ NIE | Dziecko w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | □ TAK □ NIE |
| **DZIECKO (5)**Dziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec* uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa *(proszę zaznaczyć właściwe)*
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba obcego pochodzenia □ TAK □ NIE
* Osoba państwa trzeciego □ TAK □ NIE
* Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) □ TAK □ NIE
* Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ TAK □ NIE
 | **DZIECKO (6)**Dziecko z niepełnosprawnościami □ TAK □ NIEDziecko: □ obywatelstwo polskie□ brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE□ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec* uczące się: edukacja wczesnoszkolna / szkoła podstawowa/ szkoła ponadpodstawowa *(proszę zaznaczyć właściwe)*
* nieuczestniczące w kształceniu lub szkoleniu
* Osoba obcego pochodzenia □ TAK □ NIE
* Osoba państwa trzeciego □ TAK □ NIE
* Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) □ TAK □ NIE
* Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań □ TAK □ NIE
 |
| PESEL: |  | PESEL: |  |
| Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 | Wiek: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| Imię |  | Imię |  |
| Nazwisko  |  | Nazwisko |  |
| Jako rodzic/ opiekun prawny wyrażam zgodę i deklaruję uczestnictwo moich dzieci / mojego dziecka …………………………………………………………..…………………… w projekcie pn. „Wsparcie rodzin w Gminie Choszczno” nr FEPZ.06.22-IP.01-0006/23. Jednocześnie oświadczam, że ww. osoby małoletnie zamieszkują ze mną pod tym samym adresem.  |

|  |  |
| --- | --- |
| Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wywiadu przez pracownika socjalnego i zobowiązuję się do wzięcia udziału we wsparciu zgodnie z planem pracy opracowanym przez pracownika socjalnego  | □ TAK□ NIE |

**KRYTERIA PREMIUJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| * posiadam orzeczenie o niepełnosprawności *(premia punktowa + 5 pkt)*
 | □ TAK□ NIE |
| * należę do rodziny, w której dziecko jest osobą z niepełnosprawnością *(premia punktowa + 5 pkt);*
 | □ TAK□ NIE |
| * moja rodzina spełnia kryteria rodziny wielodzietnej - wychowującej troje i więcej dzieci *(premia punktowa + 5 pkt)*
 | □ TAK□ NIE |
| * moja rodzina spełnia kryteria rodziny niepełnej – dziecko wychowywane przez jednego z rodziców *(premia punktowa +5 pkt)*
 | □ TAK□ NIE |

**ANKIETA POTRZEB**

|  |  |
| --- | --- |
| Czy ma Pani/ Pan oczekiwania/ potrzeby których spełnienie mogłoby ułatwić Pani/ Panu udział we wsparciu oferowanych w ramach projektu? | □ Nie dotyczy□ Nie posiadam szczególnych potrzeb□ Posiadam szczególne potrzeby: (jakie?)□ pętla indukcyjna□ tłumacz migowy□ powiększony tekst□ podjazd□ inne: jakie …………………………………………………………………………… |

*……………………………………………….. ……………………………………………..*

*Miejscowość , data czytelny podpis*

**WYRAŻAM ZGODĘ NA:**

1. wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych wrażliwych zawartych w niniejszym Formularzu rekrutacyjnym na potrzeby rekrutacji do projektu **„Wsparcie rodzin w Gminie Choszczno**” zgodnie z art. 31ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135, z późn zm.)

\*niewłaściwe skreślić

*……………………………………………….. ……………………………………………..*

*Miejscowość , data czytelny podpis*

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany/a ………………………………………………...……….………………………..…………….(imię i nazwisko)

zamieszkały/a ……….……….……………………………………………………………………….…………..(adres zamieszkania)

świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 297 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności od 3 miesięcy do 5 lat za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:

|  |
| --- |
| □ jestem osobą zamieszkującą w Gminie Choszczno rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego Data ………………………………….. Czytelny podpis …………………………………….. |
| □ posiadam minimum 1 dziecko do 18 r.ż, które będzie uczestniczyło w projekcieData ………………………………….. Czytelny podpis …………………………………….. |
| □ dane podane w Formularzu rekrutacyjnym są prawdziwe tj. zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.Data ………………………………….. Czytelny podpis …………………………………….. |
| □ nie uczestniczę w tym samym czasie w innym projekcie Działania: FEPZ.06.22 programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 oraz w projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+Data ………………………………….. Czytelny podpis …………………………………….. |
| Deklaruję uczestnictwo w projekcie pn. **„Wsparcie rodzin w Gminie Choszczno” nr FEPZ.06.22-IP.01-0006/23** realizowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Zachodniopomorskiego 2021-2027.Po zakończeniu udziału w projekcie zobowiązuje się do przekazywania danych potrzebnych do wyliczenia wskaźnika rezultatu bezpośredniego (np. status na rynku pracy, udział w kształceniu lub szkoleniu) do 4 tygodni od zakończonego udziału w projekcie oraz przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym, zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027Data ………………………………….. Czytelny podpis …………………………………….. |
|  |

***KLAUZULA INFORMACYJNA***

(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 pn „Wsparcie rodzin w Gminie Choszczno”, przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Beneficjent tj. Gmina Choszczno, który udostępnia dane osobowe innym administratorom danych osobowych zgodnie z przepisami prawa w szczególności na podstawie ustawy wdrożeniowej, w tym; Instytucji Zarządzającej programem Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Zarządowi Województwa Zachodniopomorskiego, Instytucji Pośredniczącej programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 tj. Wojewódzkiemu Urzędowi Pracy w Szczecinie, Instytucji Koordynującej Umowę Partnerstwa tj. Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego oraz podmiotom, które na zlecenie Beneficjenta uczestniczą w realizacji (nazwa i adres ww. podmiotów).
2. 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 FEPZ 2021-2027. W przypadku prowadzenia korespondencji dane będą przekazane podmiotom świadczącym usługi pocztowe, a także stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych.
3. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. a i c oraz art. 9 ust. 2 lit. a i g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 (FEPZ) na podstawie:
4. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1060 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, Funduszu Spójności, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i Europejskiego Funduszu Morskiego, Rybackiego i Akwakultury, a także przepisy finansowe na potrzeby tych funduszy oraz na potrzeby Funduszu Azylu, Migracji i Integracji, Funduszu Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Instrumentu Wsparcia Finansowego na rzecz Zarządzania Granicami i Polityki Wizowej;
5. Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego I Rady (UE) 2021/1057 z dnia 24 czerwca 2021 r. ustanawiające Europejski Fundusz Społeczny Plus (EFS+) oraz uchylające rozporządzenie (UE) nr 1296/2013;
6. Ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021–2027 (Dz.U. 2022 poz. 1079 z późn. zm.);
7. Udostępnione przeze mnie dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu pn. „Wsparcie rodzin w Gminie Choszczno”, w szczególności potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, rozliczenia projektu, zachowania trwałości projektu, kontroli, audytu i sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych w ramach FEPZ 2021-2027.
8. Kategorie danych osobowych, które będą przetwarzane: dane zwykłe oraz szczególne[[1]](#footnote-1)
9. Dodatkowo 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. W ciągu 3 miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy.

1. Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.
2. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia FEPZ 2021-2027 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
3. W sprawach związanych z moimi danymi mogę kontaktować się z właściwym Inspektorem Ochrony Danych odpowiednio pod wskazanym adresem poczty elektronicznej:
4. /należy wskazać adres poczty elektronicznej IOD Beneficjanta/(jeśli dotyczy);
5. iod@wup.pl
6. Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą przy ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa.
7. Mam prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo ich sprostowania.
8. Przysługuje mi prawo do usunięcia danych, ograniczenia ich przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, pod warunkiem, że te dane nie są już niezbędne dla celów, do których zostały zebrane oraz, o ile minął wymagalny okres archiwizacji tych danych u Administratora.
9. Podanie danych jest warunkiem wynikającym z ustawy wdrożeniowej, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem udzielenia wsparcia w ramach projektu.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU\** |

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

**ZAŁĄCZNIKI**

|  |
| --- |
| Kserokopia zaświadczenia o posiadaniu orzeczenia o stopniu niepełnosprawności – *jeśli dotyczy*;  |
| Zaświadczenie o miejscu zamieszkania |
| Zaświadczenie potwierdzające status rodziny z dzieckiem doświadczającej trudności opiekuńczo- wychowawczych |

……………………………………………………………….……………

Czytelny podpis

**ZAŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE TRUDNOŚCI W PEŁNIENIU FUNKCJI**

**OPIEKUŃCZO- WYCHOWAWCZYCH**

*(załącznik obowiązkowy dla wszystkich uczestników)*

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

Imię i nazwisko

**że jestem członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych,** przejawiające się m.in. poprzez niemożność sprawowania opieki nad dziećmi (np. spowodowana pracą za granicą), brak stałego źródła dochodu, zaburzenia
i choroby psychiczne wśród członków rodziny, problemy związane z nadużywaniem alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, problemy wychowawcze w relacjach z dorastającymi dziećmi, przemoc fizyczna, przemoc psychiczna, złe warunków higienicznych, niewłaściwe wypełnianie funkcji opiekuńczo-wychowawczych we własnej rodzinie, inne (jakie?)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………

data, podpis

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE WIELODZIETNOŚCI**

Ja niżej podpisany/a .........................................................................................................................oświadczam, że moja rodzinaspełnia kryteria **wielodzietności** tj. w rodzinie wychowuje się troje lub więcej dzieci\*.

\**Za dziecko należy uznawać wyłącznie osoby do ukończenia 18 roku życia; nie bierze się pod uwagę osób, które ukończyły 18 rok życia, nawet jeżeli kontynuują one naukę i pozostają na utrzymaniu rodziców.*

…………………………………………………

data, podpis

**OŚWIADCZENIE**

**DOTYCZĄCE RODZINY NIEPEŁNEJ**

Ja niżej podpisany/a .........................................................................................................................oświadczam, że moja rodzinaspełnia kryteria **rodziny niepełnej** tj. dziecko wychowywane jest przez jednego z rodziców.

\**Za dziecko należy uznawać wyłącznie osoby do ukończenia 18 roku życia; nie bierze się pod uwagę osób, które ukończyły 18 rok życia, nawet jeżeli kontynuują one naukę i pozostają na utrzymaniu rodziców.*

…………………………………………………

data, podpis

**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BEZROBOTNEJ**

**(dla osób niezarejestrowanych w Powiatowym Urzędzie Pracy)**

Ja, ……………………………………………………………………..…….. niżej podpisana niniejszym oświadczam, że jestem osoba 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, które nie jest zarejestrowana jako bezrobotna, lecz nie pracuje, aktywnie poszukuje pracy i jest gotowa do podjęcia zatrudnienia.

**Uwaga:**

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

…………………………………………………

data, podpis

**OŚWIADCZENIE O STATUSIE OSOBY BIERNEJ ZAWODOWO**

Ja, …………………………………………………………………..……….. , niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że jestem osoba 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 – status „aktywny” (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo.

W załączeniu przedkładam / zobowiązuję się do przedłożenia zaświadczenia z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych potwierdzającego status osoby biernej zawodowo\*.

…………………………………………………

data, podpis

1. Należy wskazać w zależności od realizowanego wsparcia; dotyczy szczególnych kategorii danych. [↑](#footnote-ref-1)