-WZÓR WYPEŁNIENIA-

Załącznik nr 6: do umowy o dofinansowanie projektu w ramach Działania 6.1 Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027

## Wzór Informacji o uczestnikach Projektu

### Dane wspólne

|  |  |
| --- | --- |
| Lp. | Nazwa |
| 1 | Tytuł Projektu Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych w powiecie sochaczewskim (II) |
| 2 | Nr Projektu FEMA.06.01-IP.02-07VY/25 |
| 3 | Priorytet, w ramach którego jest realizowany Projekt Oś priorytetowa VI Fundusze Europejskie dla aktywnego zawodowo Mazowsza |
| 4 | Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt Działanie 6.1 - Aktywizacja zawodowa osób bezrobotnych |

### Dane uczestników projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS+

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Informacje o uczestnikach | Lp. | Data Nazwa | | |
| Dane uczestnika | 1 | Imię | | |
| 2 | Nazwisko | | |
| 3 | Płeć | | |
| 4 | Wiek w chwili przystępowania do projektu | | |
| 5 | PESEL | | |
| 6 | Wykształcenie | | |
| 7 | Obywatelstwo | | |
| 8 | Rodzaj uczestnika wpisujemy indywidualny | | |
| 9 | Nazwa instytucji wpisujemy Powiatowy Urząd Pracy w Sochaczewie | | |
| Dane kontaktowe | 10 | Miejscowość | | |
| 11 | Obszar zamieszkania wg stopnia urbanizacji DEGURBA  Miejski (miasto Sochaczew)  Wiejski (wszystkie gminy) | | |
| 12 | Kod pocztowy | | |
| 13 | Województwo | | |
| 14 | Powiat | | |
| 15 | Gmina | | |
| 16 | Telefon stacjonarny | | |
| 17 | Telefon komórkowy | | |
| 18 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | | |
| Dane dodatkowe | 19 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | | |
| U każdej osoby zaznaczamy „X” osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP Sochaczew | | X |
| w tym długotrwale bezrobotna  (zgodnie z definicją ustawy z dn.20.04.2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy) tj. osoba bezrobotna pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy łącznie przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat, z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego dorosłych – zaznaczamy „X” jeśli dotyczy | |  |
| 20 | Rodzaj przyznanego wsparcia  (zaznaczamy wszystkie formy wsparcia, które dot. danej osoby) | | |
| Pośrednictwo pracy |  | |
| Poradnictwo zawodowe |  | |
| Staż |  | |
| Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej |  | |
| 21 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie (data pierwszej udzielonej formy wsparcia) | | |
| 22 | Data zakończenia udziału w projekcie - w przypadku stażu- data ostatniego dnia  odbywania stażu;  - w przypadku dotacji data wypłaty środków | | |
| 23 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa  TAK NIE | | |
| 24 | Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | | |
| 25 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu | | |
| Pośrednictwo pracy (data pierwszego spotkania z pośrednikiem, czyli data wydania skierowania na staż | | |
| Poradnictwo zawodowe (data pierwszego spotkania u doradcy zawodowego) | | |
| Staż (data rozpoczęcia stażu) | | |
| Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej (data wypłaty środków) | | |
| 26 | Data zakończenia udziału we wsparciu | | |
| Pośrednictwo pracy (data zakończenia działań przez pośrednika pracy) | | |
| Poradnictwo zawodowe (data zakończenia działań przez doradcę zawodowego- ostatni dzień spotkania u doradcy zawodowego) | | |
| Staż  moment zakończenia finansowania z EFS (ostatni dzień odbywania stażu) | | |
| Jednorazowe środki na podjęcie działalności gospodarczej  (data wypłaty środków) | | |
| 27 | Data założenia działalności gospodarczej (data rozpoczęcia działalności gospodarczej) | | |
| 28 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021-2027 TAK  NIE | | |
| 29 | Przynależność do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie TAK NIE | | |
| 30 | Posiadanie statusu migranta TAK NIE | | |
| 31 | Osoba obcego pochodzenia TAK NIE | | |
| 32 | Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK NIE | | |
| 33 | Posiadanie statusu osoby z niepełnosprawnościami TAK NIE | | |
| 34 | Przynależność do grupy osób pochodzących z krajów trzecich TAK NIE | | |

Ja niżej podpisany/a zostałem/am pouczony/a i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej oraz odpowiedzialności cywilnej za złożenie fałszywego oświadczenia oraz świadomy/a tej odpowiedzialności oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

……………………………………..

(data i czytelny podpis

uczestnika / uczestniczki projektu)