

**Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej**

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**

**Projekt „LOWES – Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej”**  
współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
realizowany przez Centrum PISOP w partnerstwie z Fundacją Kaliski Inkubator Przedsiębiorczości  
na podstawie Umowy nr POKL.07.02.02-30-002/12-00  
zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Poznaniu  
**w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki**  
**Priorytet VII Promocja integracji społecznej**  
**Działanie 7.2 Przeciwdziałanie wykluczeniu i wzmocnienie sektora ekonomii społecznej**  
**Poddziałanie 7.2.2 Wsparcie ekonomii społecznej**

WYPEŁNIA INSTYTUCJA	
Numer referencyjny karty zgłoszeniowej:	KZ...../7.2.2/2013
Data przyjęcia karty zgłoszeniowej:	
Podpis osoby przyjmującej kartę zgłoszeniową:	

*Instrukcja wypełniania karty zgłoszeniowej*

1. Kartę zgłoszeniową należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, komputerowo lub DRUKOWANYMI LITERAMI.
2. Należy wypełnić wszystkie pola Karty lub wpisać „nie dotyczy”.
3. Kartę należy podpisać czytelnie w wyznaczonym miejscu.
4. Wszystkie podpisy należy dokonać kolorem innym niż czarny.
5. Do karty zgłoszeniowej należy dołączyć zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy potwierdzające status osoby bezrobotnej.
6. Kartę zgłoszeniową należy dostarczyć osobiście lub przesać listownie na adres Biura projektu: Centrum PISOP, ul. Pl. Metziga 26/6, 64-100 Leszno z dopiskiem „LOWES – Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej”.
7. Kartę zgłoszeniową można złożyć osobiście pod ww. adres w godzinach pracy (tzn. w dni robocze bez sobót), w godzinach od 7.30 do 15.30.
8. Kartę zgłoszeniową złożyć można również w siedzibie OPS lub PUP w których organizowane są szkolenia informacyjne, w godzinach pracy ww. Instytucji.

### Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KI			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
Data urodzenia <sup>1</sup>		Wiek w chwili złożenia karty	
PESEL			
NIP			
Adres zameldowania <sup>2</sup>			
Ulica, nr domu/lokalu			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Powiat	<input type="checkbox"/> gostyński <input type="checkbox"/> m. Leszno	<input type="checkbox"/> kościański <input type="checkbox"/> rawicki	<input type="checkbox"/> leszczyński <input type="checkbox"/> wolsztyński
Województwo			

<sup>1</sup> W projekcie mogą wziąć udział osoby powyżej 18 roku życia.

<sup>2</sup> Beneficjent zastrzega sobie prawo do zweryfikowania adresu zameldowania lub zamieszkania na podstawie okazanego dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego zameldowanie lub zamieszkanie.

### Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

--	--

Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż zameldowania)	
<b>Ulica, nr domu/lokalu</b>	
<b>Kod pocztowy</b>	
<b>Miejscowość</b>	
<b>Powiat</b>	<input type="checkbox"/> gostyński <input type="checkbox"/> kościański <input type="checkbox"/> leszczyński <input type="checkbox"/> m. Leszno <input type="checkbox"/> rawicki <input type="checkbox"/> wolsztyński
<b>Województwo</b>	
<b>Obszar zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> <b>wiejski</b> ( <i>gminy wiejskie, gminy wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców</i> ) <input type="checkbox"/> <b>miejski</b> ( <i>gminy miejskie i miasta powyżej 25 tys. mieszkańców</i> )
<b>Telefon stacjonarny/komórkowy</b>	
<b>Adres e-mail</b>	
<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> zawodowe <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> brak

**Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej**

<b>II. AKTUALNY STATUS KANDYDATA/KI</b>		
- osoba jest zarejestrowana we właściwym ze względu na miejsce zameldowania stałego lub czasowego powiatowym Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
- osoba posiada status osoby niepełnosprawnej, w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
- osoba posiada status osoby bezdomnej realizującej indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
- osoba posiada status osoby uzależnionej od alkoholu lub narkotyków i innych środków odurzających, po zakończeniu programu psychoterapii/programu terapeutycznego w zakładzie leczenia odwykowego/zakładzie opieki zdrowotnej	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
- osoba posiada status osoby chorej psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
- osoba posiada status osoby zwalnianej z zakładu karnego, mającej trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
- osoba posiada status uchodźcy realizującego indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>

<sup>3</sup> Jeśli tak należy dołączyć dodatkowo dokument potwierdzający status osoby (zaświadczenie z właściwego Urzędu Pracy).

**Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej**

<b>III. OBECNY STATUS NA RYNKU PRACY</b>	
- osoba jest powracająca na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem dziecka	<input type="checkbox"/>
- osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
- osoba nie posiadająca kwalifikacji zawodowych	<input type="checkbox"/>
- osoba niepełnosprawna	<input type="checkbox"/>
- samotny rodzic	<input type="checkbox"/>
- osoba do 25 roku życia	<input type="checkbox"/>

Ja, niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie w powyższej Karcie zgłoszeniowej danych. Jednocześnie jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z przepisów z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego za oświadczenie nieprawdy lub zatajenie prawdy, w związku z art. 75 § 2 Kodeksu Postępowania Administracyjnego.

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/ki)

## Leszczyński Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej

---



KAPITAŁ LUDZKI  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY

