



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



„Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce”

Załącznik nr I.1 do Standardu wsparcia

Formularz zgłoszeniowy dla osoby zainteresowanej skorzystaniem z usług agencji zatrudnienia wspomaganego

Wypełnij formularz, jeśli chcesz skorzystać ze wsparcia agencji zatrudnienia wspomaganego (AZW). Na tym etapie nie musisz przynosić żadnych dokumentów. Jeśli wynik kwalifikacji jakościowej będzie pozytywny, AZW poprosi Cię o dokumenty przed podpisaniem kontraktu.

Imię i nazwisko Kandydata:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Numer telefonu do kontaktu:.....

Adres e-mail:.....

Chcę skorzystać z usługi zatrudnienia wspomaganego świadczonej przez agencję zatrudnienia wspomaganego w

1. Zaznacz jedną odpowiedź dotyczącą Twojej sytuacji:

- ☐ Mam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne
- ☐ Doświadczam kryzysu zdrowia psychicznego i korzystam z opieki psychiatrycznej. Nie mam aktualnego orzeczenia.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POLSKA FEDERACJA
ZATRUDNIENIA
WSPOMAGANEGO



Polska Unia
Zatrudnienia
Wspomaganego



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



„Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce”

2. Jestem w wieku od 18 do 89 lat włącznie

☐ tak

☐ nie

3. Mam trudności w znalezieniu lub utrzymaniu pracy

☐ tak

☐ nie

4. Zaznacz jedną odpowiedź, która opisuje Twoją sytuację na rynku pracy:

☐ jestem osobą bierną zawodowo (nie pracuję)

☐ jestem osobą bezrobotną (jestem osobą zarejestrowaną w powiatowym urzędzie pracy)

☐ jestem osobą zatrudnioną

5. Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą i aktualne na dzień jego złożenia.
Zobowiązuję się do poinformowania agencji zatrudnienia wspomaganego o zmianie tych informacji.

6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w tym formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji i ewaluacji Procedury zaangażowania i kwalifikacji – zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.U.UE.L.2016.119.1) – dalej RODO.



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POLSKA FEDERACJA
ZATRUDNIENIA
WSPOMAGANEGO



Polska Unia
Zatrudnienia
Wspomaganego



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



„Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce”

Potrzeby w zakresie zapewnienia dostępności:

W trosce o zapewnienie równego dostępu do udziału w działaniach oferowanych przez agencję zatrudnienia wspomaganego prosimy o wskazanie indywidualnych potrzeb, które powinniśmy uwzględnić podczas procesu kwalifikacji.

- ☐ Nie zgłaszam szczególnych potrzeb w zakresie dostępności.
- ☐ Zgłaszam potrzeby w zakresie dostępności (prosimy opisać poniżej):

.....

.....

Podanie informacji dotyczących potrzeb w zakresie dostępności jest dobrowolne.
Wskazanie ich umożliwi agencji zatrudnienia wspomaganego odpowiednie przygotowanie procesu kwalifikacji do Pani/Pana potrzeb.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata

.....
(data i podpis osoby przyjmującej)

.....
Czytelny podpis rodzica /opiekuna
prawnego / przedstawiciela
ustawowego¹

Wypełnia Zespół kwalifikujący

Formularz przyjęto dnia:.....

¹ Dotyczy osób ubezwłasnowolnionych całkowicie



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POLSKA FEDERACJA
ZATRUDNIENIA
WSPOMAGANEGO



Polska Unia
Zatrudnienia
Wspomaganego



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



„Standaryzacja modelu zatrudnienia wspomaganego w Polsce”

Czy na podstawie danych z formularza kandydat zostaje skierowany do kwalifikacji jakościowej?

☐ Tak

☐ Nie

Jeśli kandydat nie został skierowany do kwalifikacji jakościowej, podaj przyczynę:

.....

.....

.....
(data i podpis osoby zarządzającej
AZW)



Ministerstwo Rodziny,
Pracy i Polityki Społecznej



POLSKA FEDERACJA
ZATRUDNIENIA
WSPOMAGANEGO



Polska Unia
Zatrudnienia
Wspomagane