

Bydgoszcz, dnia

Wniosek o uczestnictwo w Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego

.....
(wnioskodawca: ROPS / inne, pieczęć / nazwa instytucji)

.....
(imię i nazwisko Kandydata/ki do IPZS)

..... (85 -) Bydgoszcz
(adres zameldowania / zamieszkania)

nr telefonu nr i seria dowodu osobistego

PESEL:																			
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Do: Centrum Integracji Społecznej im. Jacka Kuronia w Bydgoszczy
ul. Smoleńska 43, 85-871 Bydgoszcz**

Kryteria zakwalifikowania do IPZS* - osoba:

	długotrwale bezrobotna, co najmniej rok bezrobocia w ostatnich 24 miesiącach
	niepełnosprawna - lekki / umiarkowany stopień niepełnosprawności
	bezdonna
	uzależniona od alkoholu
	uzależniona od narkotyków lub innych środków odurzających
	zaburzona / chora psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego
	zwalniana z zakładu karnego
	w trudnej sytuacji materialno - bytowej
	uchodźca

* odpowiednie zaznaczyć krzyżykiem

Bezrobocie (data rejestracji w Powiatowym Urzędzie Pracy)

Opis sytuacji rodzinnej / materialno-bytowej:

.....

.....

.....

.....

.....

Czy pobierane są świadczenia, o których mowa w art 1 ust. 3 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym: zasiłek dla bezrobotnych, zasiłek przedemerytalny; świadczenie przedemerytalne; renta strukturalna, renta z tytułu niezdolności do pracy, emerytura, nauczycielskie świadczenie kompensacyjne)?

Tak		Nie	
-----	--	-----	--

Jeśli tak jakie

Ocena stanu zdrowia:

.....

.....

.....

Kwalifikacje zawodowe:

Wykształcenie

Staż pracy

Przebieg pracy zawodowej lub CV w załączeniu – ostatnie dwa miejsca zatrudnienia na umowę:

Okres zatrudnienia	Nazwa firmy	Stanowisko

Bydgoszcz, dnia
(data)

.....
(imię i nazwisko składającego oświadczenie)

.....
(adres składającego oświadczenie)

**Centrum Integracji Społecznej
im. Jacka Kuronia w Bydgoszczy
ul. Smoleńska 43
85-871 Bydgoszcz**

Oświadczenie Kandydata do IPZS o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych **w tym danych dotyczących mojego zdrowia**, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 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) w celach rekrutacji prowadzonej przez Centrum Integracji Społecznej im Jacka Kuronia w Bydgoszczy do udziału w Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego oraz realizacji Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego.

Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że wyrażona przeze mnie zgoda jest dobrowolna i może zostać przeze mnie w każdej chwili wycofana bez podania przyczyny takiej decyzji, a ewentualne wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania danych osobowych, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
(podpis składającego oświadczenie)

Wnioskodawca

Wnioskuje o zakwalifikowanie Pana/Pani/Kandydata/ki

.....(i
mię i nazwisko Kandydata/ki do IPZS)

do uczestnictwa w Indywidualnym Programie Zatrudnienia Socjalnego prowadzonym przez Centrum Integracji Społecznej im. Jacka Kuronia w Bydgoszczy, ul. Smoleńska 43, 85-871 Bydgoszcz, Rejestr Wojewody Kujawsko-Pomorskiego pozycja 7, na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j.Dz. U. z 2016 r. poz. 1828 ze zm.).

.....
(data i podpis wnioskodawcy / pieczęć imienna)

**Opinia pracownika socjalnego
Rejonowego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy**

Opinia pracownika socjalnego Rejonowego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bydgoszczy na podstawie art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz. U. z 2016 r. poz. 1828 ze zm.) dotycząca zakwalifikowania

Pana / Pani.....

zam. / przeb. Bydgoszcz

do Indywidualnego Programu Zatrudnienia Socjalnego prowadzonego przez Centrum Integracji Społecznej im. Jacka Kuronia w Bydgoszczy po przeprowadzonym wywiadzie środowiskowym w dniu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(data i podpis Kierownika ROPS w Bydgoszczy)

.....
(data i podpis pracownika socjalnego – pieczęć imienna)

Termin rozmowy kwalifikacyjnej w CIS