



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji w projekcie „KTOŚ dla Kobiet”

Data złożenia	Numer formularza	Formy wsparcia
		Poradnictwo specjalistyczne (psychologiczne, prawne, itp.) dla osób bezpośrednio doświadczających dyskryminacji

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„KTOŚ dla Kobiet”

realizowanego od 01.10.2025 r. do 30.04.2027 r. przez Fundację KTOŚ

Celem projektu jest Przeciwdziałanie negatywnym skutkom dyskryminacji, w tym w szczególności stosowania przemocy, poprzez zorganizowanie kampanii społecznej oraz wsparcia psychologicznego i prawnego dla min. 200 kobiet doświadczających dyskryminacji, z Łodzi w woj. łódzkim, w okresie 08.2025-04.2027 r.

Złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu. O kwalifikacji do projektu przyszły Uczestnik Projektu zostanie poinformowany drogą mailową lub telefoniczną w zależności od preferowanej metody kontaktu, zgodnie z podanymi danymi kontaktowymi.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Imię/imiona	
Nazwisko	
PESEL	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
1.Czy w związku z potencjalnym udziałem w projekcie istnieją szczególne potrzeby, które powinniśmy uwzględnić (np. dostępność architektoniczna, potrzeby osób z niepełnosprawnością ruchową, niedowidzących, niesłyszących, potrzeba materiałów w dostępnej formie itp.)?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – jakie?
2.Osoba z niepełnosprawnościami (należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji



3. Czy wychowuje Pani dziecko do lat 3 ?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak
4. Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> brak wykształcenia formalnego <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> zasadnicze zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> wyższe
5. Proszę zaznaczyć jeśli TAK	1) jestem osobą z krajów trzecich (spoza obszaru UE/EOG) (należy przedłożyć paszport lub inny ważny dok. potwierdz. tożsamość /tożs. i obywatelstwo)
	2) jestem osobą obcego pochodzenia (należy przedłożyć paszport lub inny ważny dok. potwierdz. tożsamość /tożs. i obywatelstwo)
	3) jestem osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie (należy przedłożyć deklarację o przynależności do mniejszości narodowej lub etnicznej)
	4) jestem osobą w kryzysie bezdomności lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (należy dołączyć odpowiedni dokument potwierdzający)

6. STATUS UCZESTNIKA/KI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU	
Osoba bezrobotna (należy załączyć dokument poświadczający z ZUS/PUP)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym osoba długotrwale bezrobotna * (należy załączyć dokument poświadczający z ZUS/PUP)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *osoba zarejestrowana w urzędzie pracy, która pozostaje bez zatrudnienia przez okres ponad 12 miesięcy w ciągu ostatnich 2 lat
Osoba bierna zawodowo * (należy załączyć dokument poświadczający z ZUS/PUP)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE *osoba w wieku 15–89 lat, która w danym momencie nie pracuje, nie jest zarejestrowana jako bezrobotna oraz aktywnie nie poszukuje pracy. Bierność zawodowa wynika z wyboru lub sytuacji życiowej, obejmując emerytów, rencistów, studentów studiów dziennych, osoby zajmujące się domem lub uczące się
w tym	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie (planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której korzystano ze wsparcia): <input type="checkbox"/> inne
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)



	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty(kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty(kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty(kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
--	---

MIEJSCE ZAMIESZKANIA I DANE KONTAKTOWE *

Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Nr tel. Kontaktowego	
Adres e-mail	

Jeśli miejsce zamieszkania jest inne niż Łódź, woj. łódzkie - wypełniamy dane miejsca pracy lub uczelni:

Nazwa zakładu pracy lub Uczelni	
Ulica i numer	
Miejscowość	
Kod pocztowy	

Czy bierze Pani udział w innych projektach finansowanych przez Unię Europejską?

.....
.....

Jeśli tak to, w jakich?



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



II INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

1. W przypadku zakwalifikowania się do projektu Uczestniczka zobowiązana będzie do przedłożenia dodatkowych dokumentów potwierdzających spełnianie określonych warunków z punktów 2,3,5,6 oraz dokument potwierdzający miejsce zamieszkania/nauki/pracy

Potwierdzam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji projektu „KTOŚ dla Kobiet” i rozumiem jego treść.

.....
..... (miejsowość, data , czytelny podpis osoby zgłaszającej się do projektu)

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/-y, oświadczam, że należę do grupy osób doświadczających dyskryminacji, w tym przemocy, ze względu na co najmniej jedną z przesłanek prawnie chronionych.

Jednym z przejawów dyskryminacji jest również dyskryminacja ze względu na płeć, polegająca na stosowaniu wobec kobiet przemocy fizycznej, psychicznej lub ekonomicznej, motywowanej przekonaniem o niższości tej płci.

Oświadczam ponadto, że w przypadku mojej osoby mogły występować formy dyskryminacji, w tym przemocy, ze względu na płeć, a także inne przesłanki, w szczególności takie jak: orientacja seksualna, pochodzenie etniczne, niepełnosprawność, religia, wyznanie, światopogląd lub wiek.

Jednocześnie oświadczam, że uczę się, pracuję lub zamieszkuję – w rozumieniu przepisów Kodeksu cywilnego – na obszarze województwa łódzkiego, na terenie miasta Łodzi.

Oświadczenie składam świadomie i dobrowolnie, mając świadomość odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą.



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



.....
..... (miejsowość, data , czytelny podpis osoby
zgłaszającej się do projektu)