**Załącznik nr 10 do *Warunków rekrutacji Grantobiorców i testowania modeli* – Wzór formularza zgłoszeniowego**

Numer identyfikacyjny formularza zgłoszeniowego: ………..

**PROJEKT „SZANSA – NOWE MOŻLIWOŚCI DLA DOROSŁYCH”**

**(Formularz zgłoszeniowy jest wypełniany w j. polskim)**

Przed przystąpieniem do wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z dokumentacją dotyczącą rekrutacji Grantobiorców i testowania modeli.

**CZĘŚĆ I: DANE IDENTYFIKACYJNE PODMIOTU**

|  |
| --- |
| **Pełna nazwa Podmiotu** |
| Data rozpoczęcia działalności Podmiotu |
| NIP |
| REGON |
| KRS (jeśli dotyczy) |
| Czy Podmiot ma możliwość odzyskania poniesionego kosztu podatku od towarów i usług? | TAK/NIE |
| Ulica  | Nr domu/lokalu  |
| Kod pocztowy  | Miejscowość  |
| Gmina | Powiat |
| Województwo  | Kraj |
| Telefon | E-mail | Strona www  |
| Typ instytucji  | ⭘ Publiczna ⭘ Niepubliczna  |
| Rodzaj Podmiotu  |
| **Prawny przedstawiciel**  |
| Tytuł | Imię | Nazwisko |
| Stanowisko  |
| E-mail | Telefon kontaktowy |

|  |
| --- |
| **Organ prowadzący** |
| **Pełna nazwa organu prowadzącego (jeśli dotyczy)**  |
| NIP |
| Ulica | Nr domu/lokalu  |
| Kod pocztowy  | Miejscowość  |
| Gmina | Powiat |
| Województwo | Kraj  |
|  |
| **Osoba kontaktowa**  |
| Tytuł | Imię  | Nazwisko |
| Instytucja |
| Telefon  | E-mail |

1. **Opis działalności Podmiotu składającego formularz zgłoszeniowy**

Prosimy krótko opisać organizację, tj.:wielkość organizacji (liczba zatrudnionych osób), jej profil, obszary specjalizacji, zasięg działania. Profil organizacji powinien być adekwatny do planowanych działań.

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis doświadczenia Podmiotu składającego formularz zgłoszeniowy**

Proszę opisać działania i/lub projekty zrealizowane z wybraną do modelu wsparcia grupą docelową w ciągu ostatnich pięciu lat kalendarzowych licząc do dnia ogłoszenia rekrutacji. Proszę określić zakres tych działań/projektów i opisać je uwzględniając zakres, którego dotyczyły, tj.: diagnozowanie umiejętności, wsparcie edukacyjne, walidacja nabytych umiejętności.

**Ponadto proszę opisać jeden przykład zrealizowanego wsparcia lub indywidualny plan działania dla osoby dorosłej ze wskazanej grupy docelowej.**

W opisach należy podać informacje, tj.:

Tytuł/nazwę działania i/lub projektu:

Czas realizacji działania i/lub projektu: od: do: Łączny okres realizacji w miesiącach:

Grupa docelowa:

Obszar (np. region, gmina, miejscowość, wieś), na którym były realizowane działania i/lub projekty:

Zakres działań (diagnozowanie umiejętności, wsparcie edukacyjne, walidacja nabytych umiejętności) i tematyka oferowanego wsparcia. Należy wybrać z listy rodzaj działań, jakie były oferowane w danym działaniu/projekcie (minimum jedno działanie):

|  |
| --- |
| Dodatkowo zachęcamy do podania linków do stron internetowych zrealizowanych działań i/lub projektów. |
| Szczegółowy opis zrealizowanego działania i/lub projektu: |

|  |
| --- |
| **Dodaj**  |

1. **Opis potencjału eksperckiego, kadrowego Podmiotu składającego formularz zgłoszeniowy**

Proszę opisać doświadczenie i kompetencje osób, które będą zaangażowane w bezpośrednie wsparcie uczestników modelu tj. przeprowadzą diagnozę umiejętności, wsparcie edukacyjne i pozaedukacyjne oraz walidację nabytych umiejętności.

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis potencjału** **organizacyjnego i materialnego Podmiotu składającego formularz zgłoszeniowy**

Proszę opisać zasoby organizacyjne i materialne, którymi dysponuje Podmiot, niezbędne do testowania modelu wsparcia (np. biuro, sale szkoleniowe, sprzęt komputerowy z odpowiednim oprogramowaniem, dostęp do Internetu).

|  |
| --- |
|  |

1. **Zarządzanie testowaniem modelu**

Proszę opisać planowany sposób zarządzania testowaniem modelu wsparcia. Opis powinien odnosić się do następujących zagadnień:

* planowanie, organizowanie, monitorowanie i kierowanie wszystkimi aspektami testowania modelu wsparcia,
* podział zadań na poszczególnych etapach testowania modelu między Grantobiorcą a Partnerem/Partnerami (jeśli dotyczy).

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ II. DANE IDENTYFIKACYJNE I STRESZCZENIE MODELU WSPARCIA**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł modelu wsparcia |  |
| Łączny czas testowania modelu wsparcia (w miesiącach) **Uwaga:** okres testowania modelu nie może być dłuższy niż 13 miesięcy. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data rozpoczęcia testowania modelu wsparcia | dd/mm/rrrr | Data zakończenia testowania modelu wsparcia | dd/mm/rrrr |

**Streszczenie dotyczące modelu wsparcia**

*Proszę o opis, w którym należy uwzględnić co najmniej następujące zagadnienia: cele i uzasadnienie testowania modelu; rodzaj grupy docelowej wraz z uzasadnieniem jej wyboru; opis planowanych działań; krótki opis przewidywanych rezultatów testowania modelu, potencjalne korzyści długoterminowe z testowania modelu. Jeśli model wsparcia zostanie zatwierdzony do testowania, podany opis zostanie upubliczniony.*

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ III. DZIAŁALNOŚĆ I DOŚWIADCZENIE ORGANIZACJI PARTNERSKICH** (jeśli dotyczy)

|  |
| --- |
| Pełna nazwa Partnera  |
| Data rozpoczęcia działalności organizacji partnerskiej |
| NIP |
| REGON |
| KRS (jeśli dotyczy) |
| Czy organizacja partnerska ma możliwość odzyskania poniesionego kosztu podatku od towarów i usług? | TAK/NIE |
| Ulica  | Nr domu/lokalu  |
| Kod pocztowy  | Miejscowość  |
| Gmina  | Powiat |
| Województwo | Kraj |
| Telefon | E-mail | Strona www  |
| Typ instytucji | ⭘ Publiczna ⭘ Niepubliczna |
| Rodzaj Podmiotu | Lista rozwijalna |
| **Przedstawiciel prawny**  |
| Imię i Nazwisko |
| Stanowisko  |

1. **Opis działalności organizacji partnerskiej**

Proszę krótko przedstawić organizację partnerską, tj.:wielkość (liczba zatrudnionych osób), jej profil, obszary specjalizacji. Profil organizacji powinien być adekwatny do planowanych działań.

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis doświadczenia organizacji partnerskiej**

|  |
| --- |
| **Dodaj**  |

Proszę opisać działania i/lub projekty zrealizowane z wybraną do modelu wsparcia grupą docelową w ciągu ostatnich pięciu lat kalendarzowych licząc do dnia ogłoszenia rekrutacji. Proszę określić zakres tych działań/projektów i opisać je uwzględniając zakres, którego dotyczyły, tj.: diagnoza umiejętności, wsparcie edukacyjne, walidacja nabytych umiejętności.

**Ponadto proszę opisać jeden przykład zrealizowanego wsparcia lub indywidualny plan działania dla osoby dorosłej ze wskazanej grupy docelowej.**

W opisach należy podać informacje, tj.

* Tytuł/nazwę działania i/lub projektu:
* Czas realizacji działania i/lub projektu:
* Grupa docelowa:
* Obszar (np. region, gmina, miejscowość, wieś), na którym były realizowane działania i/lub projekty:
* Zakres działań (diagnoza umiejętności, wsparcie edukacyjne, walidacja nabytych umiejętności):
* Dodatkowo zachęcamy do podania linków do stron internetowych zrealizowanych działań i/lub projektów.

Szczegółowy opis zrealizowanego działania i/lub projektu:

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis potencjału eksperckiego, kadrowego organizacji partnerskiej**

Proszę opisać doświadczenie i kompetencje osób, które będą zaangażowane w bezpośrednie wsparcie uczestników modelu, tj. diagnozę umiejętności, wsparcie edukacyjne i pozaedukacyjne oraz walidację nabytych umiejętności.

|  |
| --- |
|  |

1. **Opis potencjału** **organizacyjnego i materialnego organizacji partnerskiej**

Proszę opisać zasoby organizacyjne i materialne, którymi dysponuje organizacja, niezbędne do testowania modelu wsparcia (np. biuro, sale szkoleniowe, sprzęt komputerowy z odpowiednim oprogramowaniem, dostęp do Internetu).

|  |
| --- |
|  |

1. **Uzasadnienie wyboru Partnera/Partnerów**

Proszę uzasadnić potrzebę zawiązania konsorcjum oraz opisać dotychczasową współpracę z Partnerem (jeśli dotyczy).

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ IV. OPIS MODELU WSPARCIA OSÓB DOROSŁYCH O NISKICH UMIEJĘTNOŚCIACH PODSTAWOWYCH**

**UWAGA**: Zgodnie z definicją przyjętą w projekcie „Szansa – nowe możliwości dla dorosłych”, **osoby dorosłe o niskich umiejętnościach podstawowych** toosoby **powyżej 25. roku życia**, które bez względu na wykształcenie oraz status zatrudnienia, posiadają umiejętności podstawowe (rozumienie i tworzenie informacji, rozumowanie matematyczne, umiejętności cyfrowe, kompetencje społeczne) **odpowiadające poziomowi nie wyższemu niż 3. poziom Polskiej Ramy Kwalifikacji**.

1. **Grupa docelowa**

*Proszę wybrać z listy jedną główną grupę docelową i krótko uzasadnić jej wybór:*

UWAGA: Osoby, które Podmiot zamierza objąć wsparciem, mogą reprezentować więcej niż jedną z powyższych grup docelowych, jednak należy wskazać jedną główną grupę docelową, która warunkuje opracowanie modelu wsparcia osób o niskich umiejętnościach podstawowych.

* Osoby dorosłe z niskimi umiejętnościami podstawowymi **będące pracownikami zakładów pracy gotowi uczyć się z własnej inicjatywy (zwłaszcza MŚP)**.
* Osoby dorosłe z niskimi umiejętnościami podstawowymi **pozostające bez pracy (bierne zawodowo i/lub bezrobotne)**, np. osoby chcące wejść lub powrócić na rynek pracy po długiej przerwie, kobiety po długim okresie wychowywania dzieci, osoby sprawujące opiekę nad osobami zależnymi.
* Osoby dorosłe z niskimi umiejętnościami podstawowymi **z obszarów defaworyzowanych** (wiejskich i/lub małych miast i/lub miejskich postindustrialnych, w tym z trudnym dostępem do edukacji), w tym na obszarach ujętych w ustawie z dnia 9 października 2015 r. o rewitalizacji oraz w rządowych programach o charakterze terytorialnym (Program dla Śląska, Program dla Bieszczad).
* Osoby dorosłe z niskimi umiejętnościami podstawowymi **w wieku 50+**.
* Osoby dorosłe z niskimi umiejętnościami podstawowymi **z niepełnosprawnością intelektualną**.
* Osoby dorosłe z niskimi umiejętnościami podstawowymi **z niepełnosprawnością sensoryczną i/lub fizyczną**.
* Osoby dorosłe z niskimi umiejętnościami podstawowymi **dotknięte przemocą** (np. fizyczną, psychiczną, ekonomiczną).
* **Obcokrajowcy z prawem do legalnego zatrudnienia w Polsce**.
* **Osoby objęte wsparciem w ramach testowania modelu będą powyżej 25. roku życia.**
* **Osoby objęte wsparciem w ramach testowania modelu będą posiadały umiejętności podstawowe (rozumienie i tworzenie informacji, rozumowanie matematyczne, umiejętności cyfrowe, kompetencje społeczne) odpowiadające poziomowi nie wyższemu niż 3. (3. poziom lub niżej) poziom Polskiej Ramy Kwalifikacji.**
* Proszę opisać wybraną grupę docelową modelu wsparcia zgodnie z definicją osób dorosłych o niskich umiejętnościach podstawowych z uwzględnieniem jej specyficznych cech, takich jak: wiek, status zatrudnienia, wykształcenie, szczególne potrzeby, bariery w rozwoju edukacyjnym itp.
* Proszę uzasadnić potrzebę przygotowania i testowania modelu wsparcia dla danej grupy oraz wskazać obszar (np. region, gminę, miejscowość lub wieś), z którego będą pochodzili uczestnicy.
* Proszę wskazać szacowaną liczbę osób z grupy docelowej, która zostanie objęta wsparciem.

**Opis i uzasadnienie wyboru grupy docelowej:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Cele modelu**

Proszę określić cele modelu w odniesieniu do podniesienia poziomu umiejętności podstawowych oraz innych potrzeb grupy docelowej. Cele modelu powinny być dokładnie i jednoznacznie sformułowane, mierzalne i realne do osiągnięcia.

Model musi uwzględniać podniesienie co najmniej jednej z wymienionych umiejętności podstawowych: rozumienie i tworzenie informacji, rozumowanie matematyczne, umiejętności cyfrowe, oraz **obowiązkowo uwzględniać rozwijanie kompetencji społecznych**.

Proszę zaznaczyć, jakie umiejętności podstawowe będą rozwijali uczestnicy modelu:

○ rozumienie i tworzenie informacji

○ rozumowanie matematyczne

○ umiejętności cyfrowe

®kompetencje społeczne

Opis celów

|  |
| --- |
|  |

1. **Rekrutacja uczestników**

Proszę określić sposoby docierania do osób zainteresowanych podnoszeniem umiejętności podstawowych i ich rekrutacji z wyszczególnieniem:

* planu rekrutacji,
* metod i narzędzi rekrutacji adekwatnych do grupy,
* zasad polityki równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasady równości szans i niedyskryminacji,
w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami (Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020).

**UWAGA:** Podczas rekrutacji do testowania modelu Podmiot oraz organizacja partnerska są zobowiązani do przestrzegania polityki równości szans kobiet i mężczyzn oraz zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami.

|  |
| --- |
|  |

1. **Motywowanie uczestników**

Proszę opisać sposoby motywowania uczestników do przejścia przez cały proces wsparcia edukacyjnego. W jaki sposób zostanie zminimalizowane ryzyko rezygnacji uczestników (np. poprzez wsparcie psychologiczne, udział w wydarzeniach kulturalnych, integrację grupy)?

|  |
| --- |
|  |

1. **Standard wymagań dla umiejętności podstawowych**

**UWAGA:** Standard wymagań dla umiejętności podstawowych określa, **czego nauczą się osoby objęte wsparciem edukacyjnym**. W oparciu o przyjęte standardy należy przeprowadzić wszystkie kluczowe etapy modelu: 1) diagnozę umiejętności, 2) wsparcie edukacyjne oraz 3) walidację efektów uczenia się.

Należy wybrać co najmniej jeden z poniżej wymienionych **standardów**, który będzie stosowany w modelu wsparcia:

* zestawy efektów uczenia się opracowane w ramach projektu „Szansa”,
* standard wymagań opracowany przez Grantobiorcę z odniesieniem do poziomu Polskiej Ramy Kwalifikacji,
* kwalifikacje rynkowe włączone do Zintegrowanego Systemu Kwalifikacji **(**<https://rejestr.kwalifikacje.gov.pl/>**)**, które odnoszą się do umiejętności podstawowych (od 1. do 4. poziomu Polskiej Ramy Kwalifikacji).

Standard wymagań dla umiejętności podstawowych musi być dostosowany do potrzeb, możliwości i barier wybranej grupy docelowej.

Proszę opisać oraz uzasadnić wybór danego standardu/standardów w odniesieniu do potrzeb i specyfiki danej grupy docelowej. Przyjęte standardy muszą uwzględniać kompetencje społeczne oraz co najmniej jedną z wymienionych umiejętności podstawowych: rozumienie i tworzenie informacji, rozumowanie matematyczne, umiejętności cyfrowe.

|  |
| --- |
|  |

1. **Indywidualna diagnoza umiejętności i potrzeb uczestników**

Proszę opisać planowany przebieg diagnozy umiejętności podstawowych i potrzeb uczestników.

W opisie indywidualnej diagnozy należy uwzględnić:

* cele diagnozy,
* zakres diagnozowanych umiejętności i potrzeb uczestników,
* sposób i zakres udzielania informacji zwrotnej uczestnikom o wynikach diagnozy umiejętności,
* metody i narzędzia używane do diagnozowania (autorskie lub już istniejące),
* zasoby eksperckie niezbędne do przeprowadzenia diagnozy (należy podać profile kompetencyjne bez wskazywania konkretnych osób),
* szacowaną liczbę osób objętych diagnozą,
* szacowaną liczbę godzin poświęconych na diagnozę na jednego uczestnika.

Zaleca się zaprojektowanie i przeprowadzenie diagnozy zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie „Wskazówki dotyczące diagnozowania umiejętności i potrzeb osób dorosłych z niskimi umiejętnościami podstawowymi”, który stanowi załącznik nr 5 do „Warunków rekrutacji Grantobiorców i testowania modeli”.

|  |
| --- |
|  |

1. **Oferta wsparcia edukacyjnego**

Proszę opisać ofertę wsparcia edukacyjnego. Oferta musi uwzględniać podniesienie co najmniej jednej
z wymienionych umiejętności podstawowych (rozumienie i tworzenie informacji, rozumowanie matematyczne, umiejętności cyfrowe), a także obowiązkowo rozwój kompetencji społecznych.

Oferta wsparcia edukacyjnego powinna uwzględniać dotychczasowe doświadczenie jej uczestników i być dostosowana do ich indywidualnych potrzeb, które wynikają z przeprowadzonej diagnozy.

Osoby z niskimi umiejętnościami podstawowymi mogą odczuwać wstyd z powodu posiadanych deficytów
w tym zakresie. Zaleca się, żeby nazwy ofert wsparcia edukacyjnego nie nawiązywały bezpośrednio do podnoszenia umiejętności podstawowych, ale były elementem szerszej oferty, np. poprzez sformułowanie nazwy oferty edukacyjnej „zarządzanie domowym budżetem” zamiast „nauka liczenia”.

W projekcie oferty wsparcia edukacyjnego należy opisać:

* tematykę wsparcia edukacyjnego odnoszącą się do wybranych standardów wymagań dla umiejętności podstawowych,
* formę wsparcia edukacyjnego oraz jego częstotliwość (wsparcie indywidualne i/lub grupowe),
* metody i narzędzia edukacyjne,
* wykorzystywane programy i materiały szkoleniowe (np. pakiet dla słuchacza, pakiet dla prowadzącego),
* zasoby eksperckie niezbędne do przeprowadzenia wsparcia edukacyjnego (należy podać profile kompetencyjne bez wskazywania konkretnych osób),
* szacowaną liczbę godzin przewidzianych na wsparcie edukacyjne na jednego uczestnika.

|  |
| --- |
|  |

1. **Oferta wsparcia o charakterze doradczym i/lub psychologicznym**
2. **oferta wsparcia o charakterze doradczym**

Proszę opisać ofertę wsparcia o charakterze doradczym (np. w zakresie uczenia się przez całe życie, edukacyjną, zawodową) z uwzględnieniem specyficznych potrzeb, możliwości i barier osób z grupy docelowej.

 W projekcie oferty wsparcia o charakterze doradczym należy opisać:

* cele wsparcia,
* metody i narzędzia używane do wsparcia o charakterze doradczym,
* zasoby eksperckie niezbędne do przeprowadzenia wsparcia o charakterze doradczym (należy podać profile kompetencyjne bez wskazywania konkretnych osób),
* szacowaną liczbę uczestników objętych wsparciem,
* szacowaną liczbę godzin udzielanego wsparcia na jednego uczestnika.

W ofercie wsparcia o charakterze doradczym należy również uwzględnić zaangażowanie do procesu wsparcia opiekuna procesu edukacyjnego/doradcę o określonym profilu kompetencyjnym, który będzie współpracował z osobą zainteresowaną podniesieniem umiejętności. Osoba taka powinna znać również środowisko lokalne, lokalny rynek pracy i jego potrzeby, aby właściwie ukierunkować uczenie się
w kontekście dalszego funkcjonowania danej osoby w środowisku społecznym i w pracy. Opiekun powinien towarzyszyć osobie podnoszącej umiejętności lub kompetencje przez cały okres uczenia się tak, aby móc przekazywać jej informację zwrotną o dokonanych postępach oraz podtrzymywać kontakty po zakończeniu uczenia się w celu monitorowania jej losów.

|  |
| --- |
|  |

**b) oferta wsparcia psychologicznego (jeśli dotyczy)**

*Oferta wsparcia psychologicznego może być realizowana w uzasadnionych przypadkach, w zależności od zidentyfikowanych potrzeb i oczekiwań poszczególnych uczestników*.

Proszę opisać ofertę wsparcia psychologicznego uczestników (o charakterze rozwojowym jak np. coaching lub interwencyjnym bądź terapeutycznym) z uwzględnieniem specyficznych potrzeb, możliwości i barier osób z grupy docelowej.

W projekcie oferty wsparcia psychologicznego należy opisać:

* cele wsparcia,
* uzasadnienie udzielenia wsparcia,
* metody i narzędzia używane do wsparcia psychologicznego,
* zasoby eksperckie niezbędne do przeprowadzenia wsparcia psychologicznego (należy podać profile kompetencyjne bez wskazywania konkretnych osób),
* szacowaną liczbę uczestników objętych wsparciem,
* szacowaną liczbę godzin udzielanego wsparcia na jednego uczestnika.

|  |
| --- |
|  |

1. **Uwzględnienie innych niż edukacyjne** **potrzeb uczestników**

Proszę opisać dodatkowe wsparcie, które będzie oferowane uczestnikom, niezbędne do uczestniczenia
w procesie edukacyjnym. Uczestnicy z wybranych grup docelowych mogą mieć szczególne potrzeby i/lub natrafiać na bariery utrudniające lub uniemożliwiające udział we wsparciu, np. opieka nad osobą zależną (dzieckiem, starszą osobą, osobą z niepełnosprawnością), ograniczona mobilność, problemy z transportem itp.

Proszę określić bariery w odniesieniu do wybranej grupy docelowej, a także zaproponować środki mające na celu ich likwidację, np. zapewnienie opieki nad dziećmi w trakcie trwania zajęć edukacyjnych, zapewnienie transportu lub jego sfinansowanie, itp.

Należy podać uzasadnienie, jeśli w przypadku wybranej grupy docelowej nie przewiduje się dodatkowego wsparcia.

|  |
| --- |
|  |

1. **Walidacja nabytych umiejętności**

Proszę opisać proces walidacji umiejętności z uwzględnieniem:

* metod i narzędzi walidacji,
* zasobów eksperckich niezbędnych do przeprowadzenia walidacji (należy podać profile kompetencyjne bez wskazywania konkretnych osób),
* warunków materialnych i organizacyjnych niezbędnych do przeprowadzenia walidacji,
* standardów zapewnienia jakości walidacji,
* rodzaju wydawanych dokumentów potwierdzających uzyskanie umiejętności,
* nazwy podmiotu/podmiotów, które będę odpowiedzialne za przeprowadzenie walidacji.

Podmioty są zobowiązane do zaprojektowania i przeprowadzenia walidacji zgodnie z wytycznymi zawartymi w dokumencie „Warunki i praktyczne wskazówki dotyczące walidacji efektów uczenia się” (załącznik nr 6 do dokumentu, tj. „Warunki rekrutacji Grantobiorców i testowania modeli”).

|  |
| --- |
|  |

1. **Harmonogram testowania modelu**

Harmonogram powinien zawierać rozplanowanie wszystkich działań w podziale na miesiące.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Termin (od-do) | Działanie (opis i typ poszczególnych działań zawiązanych z testowaniem modelu)  | Organizacja odpowiedzialna za realizację działania |
| 1. | (możliwość dodania kolejnych pozycji) |  |

1. **Podsumowanie opisu modelu oraz jego innowacyjność**

W podsumowaniu powinno zostać zawarte:

* uzasadnienie, w jaki sposób zaplanowane wsparcie ma przyczynić się do podniesienia umiejętności podstawowych uczestników z danej grupy docelowej oraz przyczyniać się do zmiany społecznej (np. w życiu osobistym i/lub zawodowym uczestnika, w jego najbliższym otoczeniu),
* innowacyjność proponowanych rozwiązań powinna dotyczyć co najmniej jednego z następujących obszarów: rekrutacji i motywowania uczestników, indywidualnej diagnozy umiejętności podstawowych i potrzeb uczestników, proponowanego wsparcia edukacyjnego, doradczego
i psychologicznego(jeśli dotyczy) oraz walidacji efektów uczenia się.

Innowacyjność może polegać np. na:

* stosowaniu nowatorskich metod działania,
* stosowaniu sprawdzonych metod w odniesieniu do innych grup niż te, które dotychczas były objęte daną metodą.

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ V. CEL GŁÓWNY I WSKAŹNIKI**

Proszę wymienić wskaźniki rezultatu wypracowane w ramach testowania modelu wsparcia.

|  |  |
| --- | --- |
| Cel główny modelu wsparcia |  |
| **Rezultaty testowania modelu** | **Jednostka pomiaru (osoby/sztuki)** | **Wskaźnik rezultatu** | **Wartość docelowa wskaźnika** | **Źródło weryfikacji**  |
| Podniesienie umiejętności podstawowych uczestników modelu |  | Liczba uczestników, którzy przejdą pełne wsparcie:  |  |  |
| (możliwość dodania kolejnych pozycji) |  |  |  |  |

**CZĘŚĆ VI. ZAGADNIENIA HORYZONTALNE**

Proszę wskazać w jaki sposób będzie realizowana zasada równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasada równego traktowania kobiet i mężczyzn*.*

**CZĘŚĆ VII. ZARZĄDZANIE RYZYKIEM**

Proszę opisać potencjalne ryzyka, które mogą wystąpić w trakcie testowania modelu wsparcia oraz planowane środki zaradcze.

|  |
| --- |
|  |

**CZĘŚĆ VIII. BUDŻET MODELU**

Proszę przedstawić budżet testowania modelu. W budżecie należy uwzględnić wszystkie uprawnione koszty bezpośrednio związane z testowaniem modelu wsparcia. Koszty bezpośrednio związane z testowaniem modelu to takie, które dotyczą zadań merytorycznych i są niezbędne do realizacji celów.

|  |  |
| --- | --- |
| **Budżet całkowity w PLN** | PLN |
| Koszty uprawnione | PLN |
| Pozostałe koszty  | PLN |
| Dotyczy modeli testowanych w partnerstwie |  |
| Wydatki Grantobiorcy |  |
| Wydatki Partnera/Partnerów |  |

**CZĘŚĆ IX. ZAŁĄCZNIKI**

|  |
| --- |
| Wypełnione „Oświadczenie” i podpisane przez reprezentanta prawnego Podmiotu (skan). |
| Dodaj załącznik |
| Aktualny dokument rejestracyjny lub inny dokument zawierający informację o reprezentacji prawnej Podmiotu i zakresie działalności (skan). Za wyjątkiem dokumentów dostępnych elektronicznie w rejestrach publicznych, np. KRS). |
| Dodaj załącznik |
| Aktualny dokument rejestracyjny lub inny dokument zawierający informację o reprezentacji prawnej każdego Partnera i zakresie działalności (skan). Za wyjątkiem dokumentów dostępnych elektronicznie w rejestrach publicznych, np. KRS). |
| Dodaj załącznik |
| Oświadczenie Podmiotu o kwalifikowalności VAT podpisane przez reprezentanta prawnego (skan). |
| Dodaj załącznik |
| Oświadczenie Partnera/Partnerów o kwalifikowalności VAT podpisane przez reprezentanta prawnego (jeśli dotyczy). |
| Dodaj załącznik |
| Załączniki dotyczące doświadczenia Podmiotu i/lub Partnera oraz modelu wsparcia, np. przeprowadzony indywidualny plan działania dla osoby dorosłej ze wskazanej grupy docelowej, dodatkowe informacje/materiały dotyczące np. oferty wsparcia edukacyjnego. |
| Dodaj załącznik |

**CZĘŚĆ X. DEKLARACJE**

* Potwierdzam zrealizowanie wobec osób, których dane zostały przekazane w ramach niniejszego formularza zgłoszeniowego, obowiązku informacyjnego - poprzez przekazanie zasad ochrony danych osobowych, wskazanych w dokumentacji dot. rekrutacji.
* AKCEPTUJĘ
* Złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego wraz z załącznikami w systemie teleinformatycznym FRSE jest równoznaczne z oświadczeniem, że podane przeze mnie dane są prawdziwe, zgodne ze stanem faktycznym i kompletne. Zgodnie z przepisami prawa polskiego podanie powyższych danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia formularza zgłoszeniowego przez Fundację Rozwoju Systemu Edukacji.
* AKCEPTUJĘ

**CZĘŚĆ XI. DODATKOWE INFORMACJE**

W jaki sposób dowiedzieli się Państwo o projekcie „Szansa – nowe możliwości dla dorosłych”?

Uwaga: Pytanie zadawane jest do celów ewaluacji działań Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji (FRSE). Odpowiedź na pytanie nie jest brana pod uwagę przy ocenie formalnej ani przy ocenie jakościowej formularza.

Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź:

* ze strony internetowej FRSE;
* poprzez profil FRSE w mediach społecznościowych;
* na wydarzeniu organizowanym przez FRSE;
* od znajomej osoby, która jest lub była beneficjentem FRSE;
* z innego źródła – jakiego? (kliknij w pole, aby wprowadzić tekst).