Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

do projektu **„Krasnostawski Aktywny Senior”**

**Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.**

**FORMA WSPARCIA /zanacz odpowiednio „x”/**

|  |  |
| --- | --- |
| **KLUB SENIORA** |  |
| **USŁUGI OPIEKUŃCZE W MIEJSCU ZAMIESZKANIA** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Numer Identyfikacyjny Kandydata |  |
| Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie |  |

UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Krasnostawski Aktywny Senior”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.
8. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | DANE PERSONALNE | | | |
| 1 | Imię |  | | |
| 2 | Nazwisko |  | | |
| 3 | Data urodzenia |  | | |
| 4 | Płeć | Kobieta | | Mężczyzna |
| 5 | PESEL |  | | |
| 6 | Wiek |  | | |
|  | Adres zamieszkania | | | |
| 7 | Województwo |  | | |
| Powiat |  | | |
| Gmina |  | | |
| Miejscowość |  | | |
| Ulica, nr domu/lokalu |  | | |
| Kod pocztowy |  | | |
|  | Adres kontaktowy ( jeśli jest inny niż adres zamieszkania) | | | |
| 8 | Województwo | |  | |
| Powiat | |  | |
| Gmina | |  | |
| Miejscowość | |  | |
| Ulica, nr domu/lokalu | |  | |
| Kod pocztowy | |  | |
| 9 | Telefon kontaktowy | |  | |
| 10 | Adres e-mail | |  | |
| 11 | Poziom  wykształcenia  (proszę zaznaczyć  „x” we właściwym  miejscu, wybierając  ostatnie ukończone  wykształcenie tzn.  najwyższe) | | Niższe niż podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe | |

1. **STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ** | | | |
| 1 | **OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM**  **SPOŁECZNYM, w tym:** | | |
| Proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach |  | Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |
|  | Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu |
|  | Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do  objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie  z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o  pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności  z powodu:  ubóstwa;  sieroctwa;  bezdomności;  bezrobocia;  niepełnosprawności;  długotrwałej lub ciężkiej choroby;  przemocy w rodzinie;  potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;  potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;  bezradności w sprawach opiekuńczo -wychowawczych i  prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w  rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;  trudności w integracji osób, które otrzymały status  uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;  trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu  z zakładu karnego;  alkoholizmu lub narkomanii;  zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;  klęski żywiołowej lub ekologicznej |
|  | Osoba niepełnosprawna ze znacznym lub umiarkowanym  stopniem niepełnosprawności |
|  | Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) |
|  |  |  | Osoba której dochód nie przekracza 150% kryterium  dochodowego. |
|  | Osoba z zaburzeniami psychicznymi |
|  | Osoba lub rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 |
|  | Osoba z obszaru zdegradowanego wyznaczonego  w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach  rewitalizacji**/ uzupełnia personel projektu/** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA** | | | |
| 2 | Status Kandydata  na rynku pracy w  chwili  przystąpienia do  projektu (proszę  zaznaczyć „x” w  każdym właściwym  miejscu) |  | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP |
|  | Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP |
|  | Osoba bierna zawodowo |
|  | Osoba pracująca, w tym |
| Zatrudniona/y w:  ……………………………………………………………  Nazwa i adres miejsca zatrudnienia |

**III. POZOSTAŁE INFORMACJE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Status kandydata w  chwili  przystąpienia do  projektu  (proszę zaznaczyć  „x” w każdym  właściwym  miejscu) |  | **TAK** | **NIE** | **ODMAWIAM podania informacji** |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej  lub etnicznej, migrant, osoba obcego  pochodzenia |  |  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta  wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |  |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  |  |  |
| Jeśli dotyczy:  Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie  uczestnictwa w projekcie?…………………………………………………………………….  ………………………………………………………………………………………………………. | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji  społecznej (innej niż wymienione powyżej),  jakiej: …………………………………………  ………………………………………………. |  |  |  |

**IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | **ZAŁĄCZNIKI**  W związku z zadeklarowaniem przez kandydata statusu  osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym  w celu weryfikacji statusu należy przedłożyć: | **ZAŁĄCZAM** | **NIE**  **ZAŁĄCZAM** |
| 1 | Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności  lub aktualnego orzeczenia równoważnego |  |  |
| 2 | Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów rekrutacji |  |  |
| 3 | Deklaracja uczestnictwa w projekcie |  |  |
| 4 | Zaświadczenie pracownika pracownika socjalnego – DOTYCZY REKRUTACJI DO USŁUG OPIEKUŃCZYCH W MIEJSCU ZAMIESZKANIA |  |  |
| 5 | Oświadczenie uczestnika projektu |  |  |

**V. OŚWIADCZENIA**

**JA NIŻEJ PODPISANA/Y OŚWIADCZAM, ŻE:**

* Zostałem/am poinformowany/a, iż wybór „odmowa podania danych” lub „nie” w przypadku pytania dotyczącego wykluczeń społecznych jest równoznaczny z definitywnym zakończeniem dalszego postępowania rekrutacyjnego wobec mojej osoby.
* Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „Krasnostawski Aktywny Senior” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, Oś 11 – Włączenie społeczne, Działanie 11.2 – Usługi społeczne i zdrowotne.
* Zostałem/am poinformowany/a, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia i sytuacji społecznej.
* Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, testach sprawdzających poziom wiedzy, egzaminach oraz innych formach monitoringu realizowanych na potrzeby projektu „Krasnostawski Aktywny Senior”
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku (zdjęcia, nagrania filmowe) w celach dokumentacyjnych, informacyjnych i promocyjnych projektu oraz dla Instytucji Pośredniczącej i Instytucji Zrządzającej RPO. Jednocześnie jestem świadom/a, że wszelkie dobra płynące z komercyjnego wykorzystania mojego wizerunku nie będą miały miejsca, a dostępu do nich nie będą miały osoby trzecie. (zgodnie z ust. o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dn. 04.02.1994r.,(tj. Dz.U. 2017 poz. 880, ze. zm.).
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019 poz. 1781)
* Mam świadomość, iż złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu „Krasnostawski Aktywny Senior” nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w nim.
* Mam świadomość, iż wszelkie dokumenty przekazane do Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Krasnymstawie stają się własnością tego podmiotu i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
* Uprzedzona/uprzedzony o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

Krasnystaw, dn. …………………………… ……………………………………………

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI