Załącznik do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „SMARTOPIEKA - innowacyjny system usług opiekuńczych dla osób starszych w mieście Katowice”

**Formularz zgłoszeniowy do projektu „SMARTOPIEKA - innowacyjny system usług opiekuńczych dla osób starszych w mieście Katowice”**

Ja ……………………………............................................................................…..niżej podpisany/a deklaruję chęć udziału w Projekcie *„SMARTOPIEKA - innowacyjny system usług opiekuńczych dla osób starszych w mieście Katowice”* i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie, tj. w szczególności jestem **osobą niesamodzielną**, czyli osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Nazwisko |   |
| Imię (Imiona) |   |
| Płeć (K/M) |   |
| Data urodzenia |   |
| Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo) |   |
| PESEL |  |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** |
| Województwo |   |
| Kod pocztowy, Miejscowość |   |
| Obszar | [ ]  Obszar miejski [ ]  Obszar wiejski |
| Powiat |  |
| Ulica |   |
| Numer domu |   |
| Numer lokalu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |   |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA** |
| **Wykształcenie** |  [ ]  Niższe niż podstawowe [ ]  Podstawowe [ ]  Gimnazjalne [ ]  Ponadgimnazjalne [ ]  Policealne [ ]  Wyższe |
| **Inne** |  [ ]  Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  [ ]  tak  [ ]  nie [ ]  odmowa podania informacji[ ]  Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  [ ]  tak [ ]  nie[ ]  Osoba z niepełnosprawnościami  [ ]  tak  [ ]  nie [ ]  odmowa podania informacji[ ]  Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  [ ]  tak [ ]  w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  [ ]  tak [ ]  nie [ ]  nie[ ]  Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu  [ ]  tak [ ]  nie[ ]  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) [ ]  tak  [ ]  nie [ ]  odmowa podania informacji[ ]  osoba bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy [ ]  w tym osoba długotrwale bezrobotna [ ]  inne[ ]  osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy [ ]  w tym osoba długotrwale bezrobotna [ ]  inne[ ]  osoba bierna zawodowo w tym:  [ ]  osoba ucząca lub kształcąca się [ ]  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu [ ]  inne[ ]  osoba pracująca w tym:  [ ]  rolnik [ ]  osoba samozatrudniona (prowadząca działalność na własny rachunek)  [ ]  osoba zatrudniona w administracji samorządowej [ ]  osoba zatrudniona w administracji rządowej [ ]  osoba zatrudniona w organizacji pozarządowej [ ]  osoba zatrudniona w mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie (2-49 pracowników) [ ]  osoba zatrudniona w dużym przedsiębiorstwie (50-249 pracowników) [ ]  inne, jakie? …………………………………………………………………………[ ]  wykonywany zawód w tym:  [ ]  rolnik [ ]  instruktor praktycznej nauki zawodu [ ]  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej [ ]  nauczyciel kształcenia ogólnego [ ]  nauczyciel kształcenia zawodowego [ ]  nauczyciel wychowania przedszkolnego [ ]  pracownik instytucji rynku pracy [ ]  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia [ ]  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej [ ]  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego [ ]  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej [ ]  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej [ ]  inny[ ]  zatrudniony w ……………………………………………………………………………………………………………………………………….  (nazwa instytucji) |

|  |
| --- |
| **Opis sytuacji materialnej i życiowej uzasadniający udział w projekcie:** |
|  |
| **Kryteria premiujące:** | **TAK** | **NIE** |
| 1. Jestem osobą z niepełnosprawnościami i niesamodzielną[[1]](#footnote-1), a mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
 |  |  |
| 1. Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną, lub osobą z zaburzeniami psychicznymi
 |  |  |
| 1. Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek wskazanej w §1 pkt. 5; Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
 |  |  |
| 1. Korzystam z PO PŻ, lecz zakres wsparcia w projekcie (usługi opiekuńcze) nie powiela wsparcia otrzymanego przeze mnie w ramach PO PŻ
 |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ............................................................................................................................

 (imię i nazwisko)

**pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

* Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
* Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminami dotyczącymi realizacji projektu i akceptuję ich warunki (Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego)
* Oświadczam, że zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
* Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany, iż projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
* Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
* Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.
* Wyrażam nieodpłatną i nieodwołalną zgodę na nieograniczone czasowo i terytorialnie przetwarzanie wizerunku w celach informacyjnych i promocyjnych projektu zgodnie z Art. 23 ust. 1 Ustawy o ochronie danych osobowych.

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………………………. | ……………………………………………………………. |
| *(data)* | *(czytelny podpis)* |
|  |  |

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„SMARTOPIEKA - innowacyjny system usług opiekuńczych dla osób starszych w mieście Katowice”**

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę uczestniczenia w projekcie „SMARTOPIEKA - innowacyjny system usług opiekuńczych dla osób starszych w mieście Katowice”, realizowanym przez Stowarzyszenie Współpracy Regionalnej w partnerstwie z "EMC Silesia" spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020.

Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikacyjne uprawniające do udziału w projekcie określone w regulaminie projektu „SMARTOPIEKA - innowacyjny system usług opiekuńczych dla osób starszych w mieście Katowice ".

POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko (czytelnie) |  |
| Podpis |  |
| Data, Miejscowość |  |

1. Zgodnie z §1 pkt. 6; Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie [↑](#footnote-ref-1)