Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Oddział Geriatryczny – druga edycja”

**Formularz zgłoszeniowy do projektu Dzienny Oddział Geriatryczny – druga edycja**

Ja ……………………………............................................…..niżej podpisany deklaruję chęć udziału w Projekcie „Dzienny Oddział Geriatryczny - druga edycja” i oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do udziału w Projekcie, tj. w szczególności jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, 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 |  | | | |
| Płeć (K/M) |  | | | |
| Data urodzenia |  | | | |
| PESEL |  | | | |
| **DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA** | | | | |
| Województwo |  | | | |
| Powiat / Gmina |  | | | |
| Kod pocztowy |  | | | |
| Miejscowość |  | | | |
| Ulica |  | | | |
| Numer domu i lokalu |  | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | |
| Adres e-mail |  | | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X)** | | | | |
| **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 bezrobotna niezarejestrowana w Urzędzie Pracy:  **tak**  **nie**  Osoba bezrobotna zarejestrowana w Urzędzie Pracy:  **tak**  **nie**  Osoba bierna zawodowo:     **tak** w tym:  osoba ucząca lub kształcąca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne (emeryt / rencista lub tp. )  **nie**  Osoba pracująca  **nie**  **tak,**  w tym:  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  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 firmy lub instytucji) | | | |
| **Opis sytuacji materialnej i życiowej uzasadniający udział w projekcie:** | | | | |
|  | | | | |
| **Kryteria premiujące:** | | | **TAK** | **NIE** |
| 1. Jestem osobą z niepełnosprawnościami i niesamodzielną, 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 | | |  |  |
| 4. Jestem osobą mieszkającą samotnie. | | |  |  |
| **DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA,  Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PROJEKTU** | | | | |
| Imię i Nazwisko | |  | | |
| Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem | |  | | |
| Kod pocztowy, Miejscowość | |  | | |
| Województwo | |  | | |
| Ulica | |  | | |
| Numer domu | |  | | |
| Numer lokalu | |  | | |
| Numer telefonu kontaktowego (preferowany numer komórkowy) | |  | | |
| Adres e-mail | |  | | |

**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)* |