*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**do projektu partnerskiego pn.: **„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent: | FUNDACJA PROGRESJA |
| Partnerzy projektu: podkreślić Partnera, z ramienia którego uczestnik/uczestniczka projektu jest rekrutowany/a | STOWARZYSZENIE HORYZONT, AVENIR SP. Z.O.O., GMINA KOBYLNICA, GMINA DĘBNICA KASZUBSKA, GMINA POTĘGOWO |
| Tytuł projektu: | **„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"** |
| Program regionalny: | Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 |
| Priorytet: | 5. Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+) |
| Działanie: | 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne |

| **Wypełnia biuro projektu** | |
| --- | --- |
| Nr *Formularza zgłoszeniowego* | ................................/2025 |
| *Data i godzina przyjęcia/ podpis osoby przyjmującej dokumenty* | ……………………………………………/ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA** | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DANE OSOBOWE KANDYDATA/ KANDYDATKI – *proszę wypełnić i zaznaczyć właściwe pola*** | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Imię/ Imiona: |  | | | | | | | | | | | | | |
| Płeć | **** kobieta  **** mężczyzna | | | | | Data urodzenia: | | | | |  | | | |
| PESEL |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |  |
| Wykształcenie | **** niższe niż podstawowe | | | | **** gimnazjalne | | | | | **** policealne | | | | |
| **** podstawowe | | | | **** ponadgimnazjalne (liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa) | | | | | **** wyższe (w tym licencjackie) | | | | |
| Imię i nazwisko opiekuna | | | | |  | | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **ADRES ZAMIESZKANIA: (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu) – *proszę uzupełnić*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica: |  | | | | | | | Nr domu | |  | | Nr lokalu | | |  | | |
| Poczta: |  | | | | | | Kod pocztowy: | | |  |  | | - |  | |  |  |
| Miejscowość: |  | | | | | | Gmina: | | |  | | | | | | | |
| Powiat: |  | | | | | | Województwo: | | |  | | | | | | | |
| 1. **DANE KONTAKTOWE – *proszę uzupełnić*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: |  | | | | Adres poczty elektroniczne (e-mail): | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY – *proszę zaznaczyć właściwe pole*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nie jestem osobą pracującą: | | 1. jestem osobą bezrobotną[[1]](#footnote-1):   **** *zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy*  **** *nie zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy,*  w tym:  **** długotrwale bezrobotną[[2]](#footnote-2)   1. jestem osobą bierną zawodowo:   **** *nieuczestniczącą w kształceniu/ szkoleniu*  **** *uczącą się*  **** *inne* | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą pracującą: | | Nazwa i adres podmiotu/ instytucji, w którym/ej osoba jest zatrudniona: | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V STATUS SPOŁECZNYCH KANDYDATA/ KADNYDATKI DO PROJEKTU**  **UWAGA:** Osobie, składającej formularz przysługuje prawo do odmowy podania informacji wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika/ uczestniczki oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jestem osobą z niepełnoprawnościami – ***dana wrażliwa*** | | | **** TAK **** NIE  **** ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | | | | | | | | | | | | | |
| **VI KRYTERIA FORMALNE – *proszę zaznaczyć właściwe pole (może być więcej niż jedno)*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ ZGODNIE Z FEP 2021-2027** | | Osoba/ rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:   * 1. **** osoba lub rodzina korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej **- weryfikacja na podstawie zaświadczenia z właściwego ośrodka pomocy społecznej lub**   2. **** osoby z niepełnosprawnością – czyli osoby posiadające trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy i których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem: * zakwalifikowaniu przez organy orzekające do jednego z trzech stopni niepełnosprawności: znacznego, umiarkowanego, lekkiego lub * o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy, lub * o niepełnosprawności, wydanym przed ukończeniem 16 roku życia,   – **weryfikacja na podstawie odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia**; | | | | | | | | | | | | | | | |
| **VII KRYTERIA PUNKTOWE – PREFERENCJE – *proszę zaznaczyć właściwe pole*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego, czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w pkt. VI. Kryteria formalne – **weryfikacja na podstawie wskazań kandydata/ kandydatki w pkt. VI. Kryteria formalne i dołączonych dokumentów** | | | | | | **** TAK **** NIE | | | | | | | | | | | |
| Osoba o stopniu niepełnosprawności – **weryfikacja na podstawie**  **odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia** | | | | | | **** znacznym **** umiarkowanym | | | | | | | | | | | |
| Kryterium dochodowe – dochód poniżej 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej[[3]](#footnote-3) – **weryfikacja na podstawie oświadczenia kandydata/ kandydatki lub zaświadczenia z właściwej instytucji** | | | | | | **** TAK **** NIE | | | | | | | | | | | |
| Osoba/ rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) - **weryfikacja na podstawie oświadczenia kandydata/kandydatki lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu;** | | | | | | **** TAK **** NIE  ………………………………………………………………………………………… | | | | | | | | | | | |
| Kobieta: | | | | | | **** TAK **** NIE | | | | | | | | | | | |
| **VIII. SPECYFICZNE POTRZEBY OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ ZŁOSZENIOWY – *proszę zaznaczyć właściwe pole lub wpisać własną odpowiedź*** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Co możemy zrobić, aby Pan/ Pani czuł/a się komfortowo, korzystając ze wsparcia w ramach projektu?** | | | | **** dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda  **** przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa  **** materiały w alfabecie Braille’a  **** tłumacz polskiego języka migowego (PJM)  **** tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)  **** pętla indukcyjna  **** wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową  **** obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością  **** specjalne potrzeby żywieniowe  **** zapewnienie warunków dla psa asystującego  **** wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust  **** inne, jakie:  ……………………………………………………………………………………. | | | | | | | | | | | | | |

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU**

Ja, niżej podpisany/a składając Formularz zgłoszeniowy deklaruję chęć swojego udziału w projekcie pn.: "**„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami**" realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027), Priorytet 5. Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne.

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa   
w projekcie pn.: „***„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"** i akceptuję jego treści bez zastrzeżeń.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału   
w projekcie, określone w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.: „***„Równe szanse - kompleksowe usługi społeczno-zdrowotne na rzecz seniorów i osób z niepełnosprawnościami"**, tj.:

* jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym,

Oświadczam, że znane mi są założenia projektu i zobowiązuje się – w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie do aktywnego i systematycznego uczestnictwa w formach wsparcia określonych w Indywidualnej Ścieżce Wsparcia.

1. Wyrażam zgodę - w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie - na poddanie się badaniom ewaluacyjnym prowadzonym przez Realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
2. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus i budżetu państwa.
3. O wszelkich zmianach, w szczególności o zmianie danych teleadresowych, niezwłocznie poinformuję Realizatora projektu.

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie dane oraz informacje zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym i załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
/miejscowość i data/ podpis kandydata/ kandydatki do projektu lub opiekuna prawnego

**POUCZENIE:**

Art.233 §1 Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 1a. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę z obawy przed odpowiedzialnością karną grożącą jemu samemu lub jego najbliższym, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5

§6 Przepisy § 1–3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej

**Oświadczam, że zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej. Powyższe pouczenie zrozumiałem/am i przyjąłem/am do wiadomości i stosowania, co potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

……………………………………………………..

data i podpis

1. Emeryta lub rencistę, który spełnia warunki definicji wskaźnika dot. osób bezrobotnych objętych wsparciem (tj. pozostaje bez pracy, jest gotowy do podjęcia pracy i aktywnie poszukuje zatrudnienia) należy traktować jako osobę bezrobotną. [↑](#footnote-ref-1)
2. Osoba bezrobotna w rozumieniu definicji osoby bezrobotnej zarejestrowanej w ewidencji urzędów pracy. Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:

   Młodzież ( 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (6 miesięcy)

   Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). [↑](#footnote-ref-2)
3. [↑](#footnote-ref-3)