

**Załącznik nr 1**

**do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa projekcie**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA/KANDYDATKI**

**DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**„Usługi opiekuńcze na terenie Gminy Łodygowice”**

**nr FESL.07.04-IZ.01-0588/23**

|  |
| --- |
| **WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  |
| Data:………………… godz.: ……………………. wpływu Formularza zgłoszeniowego |
| Niniejszym potwierdzam w imieniu Beneficjenta, że poniższe dane zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości okazanego przez uczestnika. |
| Podpis osoby przyjmującej Formularz Zgłoszeniowy: ………………………………. |
| **WYPEŁNIA OSOBAUBIEGAJĄCA SIĘ O UDZIAŁ W PROJEKCIE** |
| **DANE UCZESTNIKA /UCZESTNICZKI** |
| **Obywatelstwo** | [ ] obywatelstwo polskie[ ] brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE[ ] brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec  |
| **Imię** |  | **Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  | **Pesel**  |  |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu**  |   |
| **Płeć** | **[..] KOBIETA [ ] MĘŻCZYZNA** |
| **Wykształcenie** | [ ] NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0)[ ] PODSTAWOWE (ISCED 1)[ ] GIMNAZJALNE (ISCED 2)[ ] PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3)[ ] POLICEALNE (ISCED 4)[ ] WYŻSZE (ISCED 5-8) |
|  **DANE TELEADRESOWE**  |
| **Kraj** | POLSKA | **Województwo**  | ŚLĄSKIE |
| **Powiat** | żywiecki | **Gmina** | Łodygowice |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  |
| **Ulica**  |  | **Nr budynku/Nr lokalu** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  | **Adres e-mail** |  |
| **STATUS UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| **Osoba obcego pochodzenia** | [ ] TAK [ ] NIE | **Osoba państwa trzeciego** | [ ] TAK [ ] NIE |
| **Osoba, członek/członkini rodziny korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej** | **[ ] TAK [ ] NIE** **Jeśli TAK, wskaż przesłankę/przesłanki:**[ ] ubóstwo [ ] sieroctwo[ ] bezdomność [ ] bezrobocie[ ] niepełnosprawność [ ] długotrwała lub ciężka choroba[ ] przemoc w rodzinie[ ] potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi[ ] potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności[ ] bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych [ ] trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach[ ] trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego[ ] alkoholizm lub narkomania [ ] zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa[ ] klęska żywiołowa lub ekologiczna |
| **Osoba posiada orzeczenie o niepełnosprawności****(kserokopia orzeczenia)** | **[ ] TAK [ ] NIE Jeśli TAK:****Ustalony stopień …………………………………………………...…………….****Rodzaj niepełnosprawności/ symbol …………….……………………………****Ważność orzeczenia ……………………………………………..……………..** |
| **Osoba korzystającą bezpośrednio lub członkiem rodziny korzystającej z pomocy Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa** | **[ ] TAK [ ] NIE**  |
| **Osoba mieszkająca samotnie** | **[ ] TAK [ ] NIE**  |
| **Osoba należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, (w tym społeczności marginalizowane)** | **[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI**  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | **[ ] TAK [ ] NIE**  |
| **OŚWIADCZENIE O DOCHODACH** |
| **Oświadczenie o dochodach** | **[ ] Jestem osobą samotnie gospodarującą a mój dochód mieści się w przedziale:****[ ] do 1 010,00 zł****[ ] powyżej 1 010,00 zł****[ ] Nie jestem osobą samotnie gospodarującą a dochód na osobę w naszej rodzinie mieści się w przedziale:****[ ] do 823,00 zł****[ ] powyżej 823,00 zł** |
| **SZCZEGÓŁY STATUSU NA RYNKU PRACY** |
| **Status na rynku pracy uczestnika/uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu** |
| **Osoba pracująca** | **[ ] TAK [ ] NIE**  |
| Jeśli osoba pracująca, zaznacz odpowiedź: | **Osoba prowadząca działalność na własny rachunek**  [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w administracji rządowej**  [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w administracji samorządowej  (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w organizacji pozarządowej** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w MMŚP** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca na uczelni** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w instytucie naukowym** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w instytucie badawczym** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki** [ ] TAK [ ] NIE**Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej** [ ] TAK [ ] NIE**Inne** [ ] TAK [ ] NIE |
| **Osoba bierna zawodowo** | **[ ] TAK [ ] NIE**  |
| Jeśli osoba bierna zawodowo, zaznacz odpowiedź: | **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** [ ] TAK [ ] NIE **Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie: Data zakończenia edukacji w placówce** [ ] TAK [ ] NIE **Inne** [ ] TAK [ ] NIE  |
| **Osoba bezrobotna** | **[ ] TAK [ ] NIE**  |
| Jeśli osoba bezrobotna, zaznacz odpowiedź: | **Osoba długotrwale bezrobotna** [ ] TAK [ ] NIE **Inne** [ ] TAK [ ] NIE  |
| **DANE OSOBOWE OPIEKUNÓW PRAWNYCH \*jeśli dotyczy** |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie  **„Usługi opiekuńcze w Gminie Łodygowice”**  współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na zasadach i warunkach wskazanych przez Realizatora. |
| Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich/podopiecznego danych osobowych dla potrzeb rekrutacji, organizacji i oceny projektu zgodnie z Ustawą z dn. 29.08 1997 r. o ochronie danych osobowych. |
| 11. Jestem świadomy/a, że wypełnienie i złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie gwarantuje mi udziału w projekcie, w związku z obowiązującymi zasadami rekrutacji określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa. |
| Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. |
| Oświadczam, iż zapoznałem/am się z regulaminem projektu i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. |
| Oświadczam, iż zapoznałem/am się z kryteriami oceny kandydatów/ek do udziału w projekcie wskazanym w regulaminie projektu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. |
| Oświadczam, że spełniam kryteria udziału w projekcie. |
| Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zebranie przez Realizatora projektu dodatkowych danych (jeżeli będzie to wymagane do sprawozdawczości projektu), również po zakończeniu udziału w projekcie.  |
| 13. Moje przystąpienie do projektu wiąże się z dodatkowymi potrzebami organizacyjnymi, wynikającymi z niepełnosprawności, np. obsługa tłumacza języka migowego, zapewnione miejsce na sali wykładowej na wózek inwalidzki, itp. **[ ] TAK [ ] NIE** Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby: …….………………………………………………………………………………………………………………………….………….…………………………………………………………………… |
| 13. Moje przystąpienie do projektu wiąże się z dodatkowymi potrzebami organizacyjnymi, nie wynikającymi z niepełnosprawności.**[ ] TAK [ ] NIE** Jeżeli tak, prosimy o wskazanie potrzeby: …….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

***Świadomy/a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.***

***Prawdziwość zawartych powyżej danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:***

|  |  |
| --- | --- |
| Data wypełnienia: |  |
| Czytelny podpis\*opiekuna prawnego: |  |

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna