

**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