Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

|  |  |
| --- | --- |
| **Kod rekrutacyjny** |  |
| **Data i godzina wpływu FZ** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej FZ** |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

1. **DANE PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu | **Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji dla osób starszych w Gminie Podegrodzie** |
| Oś priorytetowa | **9 Oś Priorytetowa Region spójny społecznie** |
| Nr projektu | **RPMP.09.02.03-12-0444/19** |

**II. DANE KANDYDTA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane KANDYDATA | Nazwisko |  |
| Imię (imiona) |  |
| PESEL |  |
|  Wiek |  | Płeć  | [ ] Kobieta  [ ] Mężczyzna |
| Wykształcenie | [ ]  brak [ ]  podstawowe [ ]  gimnazjalne [ ]  policealne [ ]  ponadgimnazjalne [ ]  wyższe |
| ADRES ZAMIESZKANIA/Dane kontaktowe | Ulica |  | Nr domu  |  |
| Obszar | [ ] Obszar miejski [ ] Obszar wiejski | Nr lokalu |  |
| Poczta |  | Kod pocztowy |  |
| Powiat |  | Województwo |  |
|  | Gmina |  | Miejscowość |  |
| **\*Należy wskazać minimum jedną z poniższych form kontaktu** |
| Telefon stacjonarny |  | [ ]  Odmowa podania\* |
| Telefon komórkowy |  | [ ]  Odmowa podania\* |
| Adres e-mail |  | [ ]  Odmowa podania\* |
| **II. 1**  **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ/OPIEKUNA FAKTYCZNEGO KANDYDATA** |
| DANE OPIEKUNA | Nazwisko |  |
| Imię |  |
| **\*Należy wskazać minimum jedną z poniższych form kontaktu** |
| Telefon stacjonarny |  | [ ]  Odmowa podania\* |
| Telefon komórkowy |  | [ ]  Odmowa podania\* |
| Adres e-mail |  | [ ]  Odmowa podania\* |

1. **DODATKOWE INFORMACJE NA TEMAT KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 (osoba podsiadająca orzeczenie o niepełnosprawności) | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 odmowa podania informacji |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących: | 🞏 TAK 🞏 NIE  |
|  -W tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (wypełnić w przypadku zaznaczenia opcji TAK powyżej) | 🞏 TAK 🞏 NIE  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | 🞏 TAK 🞏 NIE  |
| Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | 🞏 TAK 🞏 NIE 🞏 odmowa podania informacji |

1. **KRYTERIA FORMALNE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Wiek powyżej 60 roku życia | [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| Status na rynku pracy: Osoba nieaktywna zawodowo (np. emeryt, rencista itp.) | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Zamieszkiwanie na terenie Gminy Podegrodzie | [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| Niesamodzielność ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagającą opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego, ale z możliwością korzystania z usług usprawniająco – aktywizujących placówki | [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| **DODATKOWE KRYTERIA FORMALNE- weryfikacja na podstawie dokumentów z Ośrodka Pomocy Społecznej, opinii psychologa, zaświadczenia lekarskiego, wywiadu środowiskowego**  |
| **Oświadczam, iż spełniam/ nie spełniam poniższe kryteria:** |
| Osoba lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego | [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| Osoby z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| Osoby z niepełnosprawnością i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego o którym mowa w ust. o pomocy społecznej | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014 | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Ośrodek Pomocy Społecznej w Podegrodziu w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych**…………………………… ………………………………………… Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego/faktycznego |

1. **FORMY WSPARCIA (proszę wstawić ,,X”):**

[ ]  Zgłaszam chęć udziału we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w projekcie „**Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji dla osób starszych w Gminie Podegrodzie”** współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 w ramach 9 Osi Priorytetowej: Region Spójny Społecznie, Działanie 9. 2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.3 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa - SPR

1. **OŚWIADCZENIA**
2. **Oświadczam**, że wyrażam dobrowolną zgodę na udział w projekcie „**Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji dla osób starszych w Gminie Podegrodzie”** współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 w ramach 9 Osi Priorytetowej: Region Spójny Społecznie, Działanie 9. 2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 9.2.3 Usługi opiekuńcze oraz interwencja kryzysowa - SPR
3. **Oświadczam**, że zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa formach wsparcia w ramach projektu. W przypadku nieobecności na zajęciach, zobowiązuję się dostarczyć pisemne usprawiedliwienie w terminie: 14 dni od daty nieobecności.
4. **Oświadczam**, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu ***„Utworzenie placówki dziennej opieki i aktywizacji dla osób starszych w Gminie Podegrodzie”*** i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
5. **Oświadczam**, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych, wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

……………….…………… ……………..……………..….

/miejscowość i data/ /podpis Kandydata lub prawnego/faktycznego opiekuna/

1. **ZAŁĄCZNIKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Załącznik nr 2 do Regulaminu - Oświadczenie uczestnika projektu  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Załącznik nr 3 do Regulaminu - Oświadczenie potwierdzające kwalifikowalność uczestnika | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Załącznik nr 4 do Regulaminu –Oświadczenia  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Załącznik nr 5 do Regulaminu –Zaświadczenie lekarskie | 🞏 TAK 🞏 NIE |