

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

Kod rekrutacyjny	
Data i godzina wpływu FZ	
Podpis osoby przyjmującej FZ	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

I. 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 KANDYDATA

DANE KANDYDATA	Nazwisko			
	Imię (imiona)			
	PESEL			
	Wiek		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> policealne	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
ADRES ZAMIESZKANIA/ DANE KONTAKTOWE	Ulica		Nr domu	
	Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski	Nr lokalu	
	Poczta		Kod pocztowy	
	Powiat		Województwo	
	Gmina		Miejscowość	
	*Należy wskazać minimum jedną z poniższych form kontaktu			
	Telefon stacjonarny		<input type="checkbox"/> Odmowa podania*	
	Telefon komórkowy		<input type="checkbox"/> Odmowa podania*	
	Adres e-mail		<input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> Odmowa podania*	
	Telefon komórkowy		<input type="checkbox"/> Odmowa podania*	
	Adres e-mail		<input type="checkbox"/> Odmowa podania*	



III. DODATKOWE INFORMACJE NA TEMAT KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami (osoba posiadająca orzeczenie o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
-W tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu (wypełnić w przypadku zaznaczenia opcji TAK powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji

IV. KRYTERIA FORMALNE:

Wiek powyżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Status na rynku pracy: Osoba nieaktywna zawodowo (np. emeryt, rencista itp.)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zamieszkiwanie na terenie Gminy Podegrodzie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoby z orzeczeniem o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoby z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoby z niepełnosprawnością i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego o którym mowa w ust. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<p>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</p> <p>.....</p> <p>Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego/faktycznego</p>		

V. 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

VI. OŚWIADCZENIA

- 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
- 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.
- 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.
- 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.

.....
/miejsowość i data/

.....
/podpis Kandydata lub prawnego/faktycznego opiekuna/

VII. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 2 do Regulaminu - Oświadczenie uczestnika projektu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 3 do Regulaminu - Oświadczenie potwierdzające kwalifikowalność uczestnika	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 4 do Regulaminu –Oświadczenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Załącznik nr 5 do Regulaminu –Zaświadczenie lekarskie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE