

Formularz zgłoszenia uczestnictwa
do projektu „Ośrodki wsparcia pełne WERWY w województwie kujawsko-pomorskim”
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego
na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo
Działanie 9.03 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych
Poddziałanie 9.03.02 Rozwój usług społecznych

UWAGI:

1. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz wydrukować i podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
2. Należy uzupełnić wszystkie rubryki; jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „Nie dotyczy”.
3. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
4. W przypadku skorygowania jakichkolwiek odpowiedzi, należy przekreślić błędne wskazanie i postawić parafę.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „X”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

Lp.		DANE PERSONALNE	
1.	Imię		
2.	Nazwisko		
3.	Data urodzenia		
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	PESEL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> brak
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
7.	Telefon kontaktowy		
8.	Adres e-mail:		
Wykształcenie			
9.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	

Adres zamieszkania			
10.	a	Miejscowość	
	b	Ulica, nr domu / lokalu	
	c	Nr budynku	
	d	Nr lokalu	
	e	Kod pocztowy ¹	
	f	Województwo	
	g	Powiat	
	h	Gmina	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)			
<input type="checkbox"/> DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY			
11.	a	Miejscowość	
	b	Ulica, nr budynku / lokalu	
	c	Kod pocztowy	
	d	Województwo	
	e	Powiat	
	f	Gmina	

II. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA OBLIGATORYJNE DO UDZIAŁ W PROJEKCIE:		
Spełnianie warunków udziału w projekcie (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Przedkładam zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza pierwszego kontaktu.
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą fizyczną zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracującą lub uczącą się na obszarze Gminy.....

¹ Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod który podlega dana miejscowość.

KRYTERIA PREMIUJĄCE		
Spełnianie kryteriów preferencyjnych (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach)	<input type="checkbox"/>	Mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co potwierdza dołączone zaświadczenie z GOPS/MOPS
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niepełnosprawną, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, co potwierdza dołączone zaświadczenie o niepełnosprawności
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, co potwierdza dołączone Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia społecznego
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną*/ osobą z zaburzeniami psychicznymi (w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną, osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi), co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ. *występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności jednocześnie
<input type="checkbox"/>	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) (indywidualnie lub jako rodzina)	
FORMY WSPARCIA		
Proszę wybrać JEDEN RODZAJ wsparcia, o które ubiega się kandydat	<input type="checkbox"/>	Dzienny Dom Pobytu
	<input type="checkbox"/>	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania* *Dotyczy mieszkańców Gminy

III. STATUS KANDYDATA

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA:		
<p>Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „X” w każdym właściwym miejscu)</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p>Osoba bierna zawodowo², w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba pobierająca rentę/emeryturę <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p>Osoba pracująca, w tym:</p> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p>Wykonywany zawód, w tym:</p> <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
		<p>Zatrudniona w (nazwa instytucji/firmy):</p> <p>.....</p>

² Osoby bierne zawodowo – osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Są to osoby posiadające wyłącznie własne niezarobkowe źródło utrzymania lub pozostające na utrzymaniu innych osób. Do grupy tej należą: emeryci; renciści; osoby uczące się; osoby, które zaniechały poszukiwania pracy ze względu na zniechęcenie bezskutecznością poszukiwania pracy oraz inne powody, w tym osobiste lub rodzinne.

IV. SZCZEGÓLNA SYTUACJA

Status uczestnika projektu 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 mieszkania <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <i>Jeśli TAK - czy zgłasza Pan / Pani specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?.....</i>
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej, m.in.: osoby z obszarów wiejskich) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.