



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pt. Centrum Usług Społecznych w Jedliczu*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.
„Centrum Usług Społecznych w Jedliczu”**

DOTYCZY KLUB SENIORA/USŁUGI SĄSIEDZKIE

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie” dostępnym na www.jedlicze.pl lub w Biurze Projektu.

Informacje wypełniane przez podmiot przyjmujący formularz	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

UWAGA:

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole ☐ znaku: **X**

WNIOSKUJĘ O UDZIAŁ W:

- ☐ uczestnictwo w Klubie Seniora w Jedliczu, Żarnowcu, Moderówce, Potoku (**należy wskazać wybraną lokalizację**),
- ☐ korzystanie z usług sąsiedzkich w miejscu zamieszkania.

1	Imię i Nazwisko		
2	PESEL		
3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
4	Adres zamieszkania	Kraj	
		Województwo	
		Powiat	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
5	Telefon kontaktowy		
	Adres e-mailowy (jeżeli uczestnik projektu posiada)		
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
7	Status osoby na rynku pracy:	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (<i>zaznaczyć właściwe</i>): <input type="checkbox"/> Bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Bierna zawodowo	

		<input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
8	Dodatkowe informacje	Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi <hr/> Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <hr/> Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane takich jak Romowie) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi <hr/> Jestem osobą obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <hr/> Jestem osobą z krajów trzecich <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że:

- zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie oraz akceptuję jego warunki
☐ TAK ☐ NIE
- zamieszkuję na terenie gminy Jedlicze
☐ TAK ☐ NIE
- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność (do formularza konieczne jest dołączenie oryginału zaświadczenia lekarza)
☐ TAK ☐ NIE
- jestem osobą samotnie zamieszkującą (DOT. WYŁĄCZNIE OSÓB KANDYDUJĄCYCH DO KORZYSTANIA Z USŁUG SĄSIEDZKICH)
☐ TAK ☐ NIE
- posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam kserokopię orzeczenie o stopniu niepełnosprawności),
☐ TAK ☐ NIE

Jeśli TAK to proszę wskazać konkretnie w/w grupę (stopień znaczny lub umiarkowany niepełnosprawności, niepełnosprawność sprzężona, osoba z chorobami psychicznymi, niepełnosprawność intelektualną, całościowe zaburzenia rozwojowe):

.....

- posiadam dochód na osobę w rodzinie/osobę samotnie gospodarującą w wysokości miesięcznej zł
☐ TAK ☐ NIE
- korzystam z Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie CUS w Jedliczu),
☐ TAK ☐ NIE
- zostałam/łem poinformowany, że projekt jest realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu operacyjnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.
- zapoznałem się z Załącznikiem nr 4 do Regulaminu tj. Klauzulą informacyjną o zasadach przetwarzania danych osobowych,
- nie korzystałam/łem dotychczas z usług tożsamyh do realizowanych w projekcie
☐ TAK ☐ NIE

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na nieodpłatne rejestrowanie i rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – Gminę Jedlicze oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.
2. Zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie, ale prawo do odwołania zgody przysługuje w dowolnym momencie.
3. Zgoda obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronach internetowych, w gazetach i w Internecie itp.
4. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowić naruszenia moich dóbr osobistych. Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że dostarczę najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:

- a) Deklaracje udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami, proszę wskazać szczególne potrzeby uczestniczki/uczestnika projektu (właściwe należy zaznaczyć poprzez wpisanie X):

- ☐ pomieszczenie dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami
- ☐ przygotowanie materiałów szkoleniowych większą czcionką
- ☐ częste i dłuższe przerwy
- ☐ inne, proszę wymienić

.....
.....
.....

NR	WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:	DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie z CUS Jedlicze o korzystaniu z FE PŻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Data

.....
*Podpis osoby składającej zgłoszenie
do udziału w projekcie*