**Wpłynęło dnia:** ……………………………..……………………………

**Osoba przyjmująca:**

………………………………………………………………………….………….

**Nr formularza:**

………………/2021

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do projektu pn. „Bezpiecznie-zdrowo-serdecznie – usługi opiekuńcze i teleopieka dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”**

Formularz Zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę Projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach.

Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**.

Należy zaznaczyć znakiem **X** odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru   
(na przykład *tak, nie, odmowa podania danych*).

**Każde pole powinno być wypełnione** (zaznaczone *tak, nie, odmowa podania danych*).

**Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Część I. Dane Projektu** | | |
| 1 | **Nazwa Beneficjenta** | Urząd Gminy w Jastrzębi |
|  | **Realizator projektu** | Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Jastrzębi |
| 2 | **Tytuł projektu** | **„Bezpiecznie-zdrowo-serdecznie-usługi i teleopieka dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”** |
| 3 | **Numer projektu** | RPMA.09.02.01-14-e072/20 |
| 4 | **Działania** | Usługi opiekuńcze i usługi opieki zdrowotnej |
| 5 | **Poddziałania** | Zwiększenie dostępności usług społecznych |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część II. Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane osobowe** | **Imię (imiona)** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  | |  | |  | |  | |  | | | | |  | |  | |  |  | |  |  |
| **Płeć** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | **Miasto** |  | | | | | | | | | **Dzielnica** | | | | | | |  | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  |  | | **-** | |  | |  | | |  | | | | **Ulica** | |  | | | | | |
| **Nr domu** |  | | | | | | | | | | | | **Nr lok.** | | | |  | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | **Telefon** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres do korespondencji** *(jeżeli jest inny)* | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie**  (należy zaznaczyć **X** przy odpowiedniej pozycji) | **Brak**  *Brak formalnego wykształcenia* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Podstawowe**  *Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Gimnazjalne**  *Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Ponadgimnazjalne**  *Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej (wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Policealne**  *Kształcenie uko*ń*czone na poziomie wy*ż*szym ni*ż *kształcenie na poziomie szkoły* ś*redniej, które jednocze*ś*nie nie jest wykształceniem wy*ż*szym* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Wyższe**  *Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym (licencjat, magisterium lub równorzędne)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Część III. Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do Projektu** | | | | | | | | |
| **Oświadczam, że:** | | | | | | | | |
| **Oświadczam, że:**  (należy zaznaczyć **X** przy odpowiedniej pozycji)  **Oświadczam, że:**  (należy zaznaczyć **X** przy odpowiedniej pozycji) | **nie korzystam** z usług opiekuńczych | | * TAK | | | * NIE | | |
| samotnie prowadzę gospodarstwo domowe | | * TAK | | | * NIE | | |
| jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną  w ewidencji Urzędu Pracy | | * TAK | | | * NIE | | |
| jestem osobą bezrobotnązarejestrowaną  w ewidencji Urzędu Pracy | | * TAK | | | * NIE | | |
| jestem osobą aktywną zawodowo (pracującą) | | * TAK | | | * NIE | | |
| jestem osobą nieaktywną zawodową  (bierną zawodową), w tym:  ***Jeśli TAK****:*  *proszę wstawić* ***X*** *przy 1 z 3 poniższych odpowiedzi:* | | * TAK | | | * NIE | | |
| * jestem osobą uczącą się | | | |  | | | |
| * nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu | | | |  | | | |
| * inne (nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu – jestem osobą niesamodzielną wymagającą wsparcia) | | | |  | | | |
| **Dane dodatkowe** | | | | | | | |
| jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących.  *Gospodarstwo domowe, w którym żaden członek nie pracuje, tj. wszyscy członkowie gospodarstwa są albo bezrobotni albo bierni zawodowo.* | | | | * TAK | | | * NIE |
| w tym: jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu.  *Dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem.* | | | | * TAK | | | * NIE |
| jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.  *Osoba dorosła to osoba powyżej 18 r.ż.* | | | | * TAK | | | * NIE |
| Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności | * TAK | | | * NIE | | | ODMOWA PODANIA DANYCH |
| jestem migrantem lub osobą obcego pochodzenia, lub przynależącą do mniejszości narodowej lub etnicznej.  *Cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy – każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden  z rodziców urodził się poza terenem Polski.* | * TAK | | | * NIE | | | ODMOWA PODANIA DANYCH |
|  | jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań. | * TAK | | | | | | * NIE |
|  | jestem osobą żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  (inne niż wymienione powyżej). | * TAK | | * NIE | | | ODMOWA PODANIA DANYCH | |

JA NIŻEJ PODPISANY/A: ……..……………………………….………..…………………..

(imię i nazwisko)

**OŚWIADCZAM**, że :

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdąi przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, **w tym wszystkie oświadczenia,** są zgodne z prawdą.
3. Deklaruję swój udział w projekcie **„Bezpiecznie-zdrowo-serdecznie – usługi i teleopieka dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”** w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
4. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję w formie pisemnej o tym fakcie Koordynatora projektu.
5. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu **„Bezpiecznie-zdrowo-serdecznie – usługi i teleopieka dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”** ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
6. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do powyższego Projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

Jastrzębia, dnia ………………… …………………………………………………….…………….

Podpis Kandydata/Kandydatki

**Wyrażam zgodę** na:

1. przeprowadzenie diagnozy w miejscu mojego zamieszkania w celu określenia szczególnych potrzeb korzystania ze wsparcia w formie opieki.
2. montaż urządzeń do teleopieki w moim mieszkaniu wraz z instruktażem ich obsługi oraz kontaktów z centrum teleopieki.
3. podpisanie kontraktu trójstronnego z opiekunem dochodzącym do mojego miejsca zamieszkania w celu niesienia niezbędnej pomocy w zakresie potrzeb dnia codziennego

Jastrzębia, dnia ………………… …………………………………………………….…………….

Podpis Kandydata/Kandydatki

Do formularza dołączam:

1. Zaświadczenie od lekarza/ orzeczenie o stopniu niepełnosprawności
2. Oświadczenia o spełnieniu kryteriów grupy docelowej
3. Oświadczenie kryterium dochodowego
4. Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc y Żywieniowej (PO PŻ)
5. Inne: …………………………………………………………………………………………………………………