

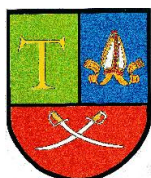
Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE – USŁUGI ASYSTENCKIE
„Klub Seniora w Gminie Trawniki”**

DZIAŁANIE 11.2. USŁUGI SPOŁECZNE I ZDROWOTNE

I. Dane uczestnika	
Imię	
Nazwisko	
Data i miejsce urodzenia	
Wiek	
PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Wykształcenie wg poziomów ISCED	<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
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

II. Dane kontaktowe	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	
Obszar	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski
Tel. Stacjonarny	



Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

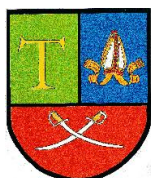
Tel. Komórkowy	
E-mail	

III. Dane dodatkowe

Status na rynku pracy	Osoba nieaktywna zawodowo (emeryt/rencista) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba: - pracująca <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie - bezrobotna <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

IV Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu

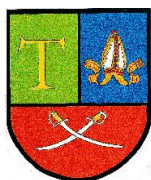
Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Migrant	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Obywatelstwo	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	Posiadam niepełnosprawność (udokumentowaną) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie Jeśli Tak to w stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Przynależność do innych grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy podać z jakiego powodu.....
Korzystanie przez osobę/rodzinę ze	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



świadczeń pomocy społecznej	
Informacja o kwalifikacjach zawodowych	<input type="checkbox"/> Nie posiadam kwalifikacji zawodowych <input type="checkbox"/> Posiadam niskie kwalifikacje zawodowe <input type="checkbox"/> Posiadam kwalifikacje zawodowe niedostosowane do potrzeb rynku pracy

V Preferencyjne kryteria rekrutacji do Usług Asystenckich

Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt. 15 „Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną i os. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na os. samotnie gospodarującą lub na os. w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ 2014-2020 (zakres wsparcia dla tych osób) lub rodzin w ramach projektu nie będzie powiełała działań, które dana os. lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby potrzebujące wsparcia w	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia”.	
Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z obszarów objętych programem rewitalizacji	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Forma naboru	<input type="checkbox"/> Zgłoszenie samodzielne <input type="checkbox"/> Skierowanie przez instytucję (podać jaką.....)
Udział w innych projektach realizowanych w ramach RPO	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

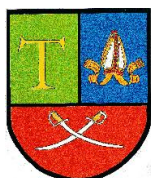
Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych szczególnych, niezbędnych dla celów rekrutacji i realizacji projektu (w tym: udzielenia wsparcia, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości) zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000) (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Dane uczestnika oraz jego dane teleadresowe zostały zweryfikowane z dowodem osobistym.

.....
Podpis osoby przyjmującej dokument



Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020

Opinia Komisji Rekrutacyjnej:

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

Kandydata KWALIFIKUJE SIĘ / NIE KWALIFIKUJE SIĘ* do wzięcia udziału w projekcie

** właściwe zakreślić*

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:

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

Miejscowość ,data

.....

