**Formularz zgłoszeniowy do udziału w**

**okresie realizacji trwałości projektu „Usługi społeczne w Gminie Wyryki”**

**Działanie 11.2. usługi społeczne i zdrowotne**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | |
| **Imię** |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **Wiek** |  | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Płeć** | K M | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie**  **wg poziomów ISCED** | niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe | | | | | | | | | | |
| **Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną** | Tak Nie | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Dane kontaktowe** | |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Poczta** |  |
| **Obszar** | Miejski  Wiejski |
| **Tel. Stacjonarny** |  |
| **Tel. Komórkowy** |  |
| **E-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. Dane dodatkowe** | |
| **Status na rynku pracy** | Osoba nieaktywna zawodowo (emeryt/rencista)  Tak  Nie |
| Osoba:  - pracująca  Tak  Nie  - bezrobotna  Tak  Nie |
|  |  |
| **IV Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** | |
| **Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej** | Tak Nie |
| **Migrant** | Tak Nie |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Osoba obcego pochodzenia** | Tak Nie |
| **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności** | Posiadam niepełnosprawność (udokumentowaną)  Tak Nie  Jeśli **Tak** to w stopniu:  lekkim  umiarkowanym  znacznym |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań** | Tak  Nie |
| **Sytuacja gospodarstwa domowego, z którego pochodzi uczestnik** | 1. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  Tak  Nie  w tym:  w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu  Tak  Nie  2. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej  i dzieci pozostających na utrzymaniu  Tak  Nie |
| **Przynależność do innych grup znajdujących się**  **w niekorzystnej sytuacji społecznej** | Tak Nie  W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy podać z jakiego powodu:………………………………………………………………………………………………. |
| **Korzystanie przez osobę/rodzinę ze świadczeń pomocy społecznej** | Tak Nie |
| **Informacja o kwalifikacjach zawodowych** | Nie posiadam kwalifikacji zawodowych  Posiadam niskie kwalifikacje zawodowe  Posiadam kwalifikacje zawodowe niedostosowane do potrzeb rynku pracy |

|  |  |
| --- | --- |
| **V Preferencyjne kryteria rekrutacji do Klubu Seniora** | |
| 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 „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014–2020” | Tak Nie |
| Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | Tak 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 Zdrowia) | Tak 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 | Tak Nie |
| Osoby z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego | Tak Nie |
| Osoby lub rodziny korzystające z PO PŻ 2014-2020 (zakres wsparcia dla tych os.) lub rodzin w ramach programu nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ, | Tak Nie |
| Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu „Wytycznych w zakresie w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego” | Tak Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| Forma naboru | Zgłoszenie samodzielne  Skierowanie przez instytucję (podać jaką……………………....……………) |
| Udział w innych projektach realizowanych w ramach RPO | Tak 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) 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 koordynatora projektu

**Opinia Komisji Rekrutacyjnej:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

*\* właściwe zakreślić*

**Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:**

……………………………….………………..……………………

…………………………………………..…………………………

……………………………………..………….……………………

……………………………………..……………………..…………

*Miejscowość, data*