*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**do projektu pn.: „*Klub Wsparcia Dziennego – II edycja”.* **-** umowa nr RPPM.06.01.02-22-0021/2200 z dnia 14.10.2022 r., dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego
na lata 2014-2020.

|  |
| --- |
| **ZAKRES DANYCH OSOBOWYCH POWIERZONYCH DO PRZETWARZANIA** |
| 1. **DANE OSOBOWE KANDYDATA/ KANDYDATKI – *proszę wypełnić i zaznaczyć właściwe pola***
 |
| Nazwisko: |  |
| Imię/ Imiona: |  |
| Płeć | **⬜** kobieta**⬜** mężczyzna | Data urodzenia: |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wykształcenie | **⬜** niższe niż podstawowe | **⬜** gimnazjalne | **⬜** policealne |
| **⬜** podstawowe | **⬜** ponadgimnazjalne (liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa) | **⬜** wyższe (w tym licencjackie) |
| Imię i nazwisko opiekuna prawnego/ kuratora |  |  |

| **Wypełnia biuro projektu** |
| --- |
| Nr *Formularza zgłoszeniowego* |  ................................/2022 |
| *Data i godzina przyjęcia/podpis osoby przyjmującej dokumenty* |  ……………………………………………/ |

|  |
| --- |
| 1. **ADRES ZAMIESZKANIA: (zgodnie z art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu) – *proszę uzupełnić***
 |
| Ulica: |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Poczta: |  | Kod pocztowy: |  |  |  - |  |  |  |
| Miejscowość: |  | Gmina: |  |
| Powiat: |  | Województwo: |  |

|  |
| --- |
| 1. **DANE KONTAKTOWE – proszę uzupełnić**
 |
| Telefon |  | Adres poczty elektroniczne (e-mail): |  |
| 1. **STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY – *proszę zaznaczyć właściwe pole***
 |
| Nie jestem osobą pracującą: | 1. jestem osobą bezrobotną:

**⬜** *zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy***⬜** *nie zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy,* *w tym:***⬜** długotrwale bezrobotną[[1]](#footnote-1)1. jestem osobą bierną zawodowo:

**⬜** *nieuczestniczącą w kształceniu/ szkoleniu***⬜** *uczącą się***⬜** *inne*1. *jestem osobą nieaktywną zawodowo (****emeryt/ka, rencista/ka)***
 |
| Jestem osobą pracującą: |  **⬜** administracji rządowej **⬜** administracji samorządowej**⬜** dużym przedsiębiorstwie (powyżej 249 pracowników)**⬜** mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników)**⬜** małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) **⬜** średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników)**⬜** organizacji pozarządowej **⬜** Jestem osobą prowadzącą jednoosobową działalność gospodarczą **⬜** Jestem rolnikiem  |
| Nazwa i adres podmiotu/ instytucji, w którym/ej osoba jest zatrudniona: |  |
| 1. **STATUS SPOŁECZNYCH KANDYDATA/ KADNYDATKI DO PROJEKTU**

**UWAGA:** Osobie, składającej formularz przysługuje prawo do odmowy podania informacji wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika/ uczestniczki oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie. |
| 1. **STATUS SPOŁECZNYCH KANDYDATA/ KADNYDATKI DO PROJEKTU**

**UWAGA:** Osobie, składającej formularz przysługuje prawo do odmowy podania informacji wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika/ uczestniczki oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie. |
| Jestem osobą z niepełnoprawnościami – ***dana wrażliwa*** |  **⬜** TAK **⬜** NIE  **⬜** ODMOWA PODANIA INFORMACJI  |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia – ***dana wrażliwa*** |  **⬜** TAK **⬜** NIE  **⬜** ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem osobą o innej niż wymienione niekorzystnej sytuacji społecznej (np. osoba z wykształceniem niepełnym podstawowym, byli więźniowie, narkomani, osoba z obszarów wiejskich (osoba przebywająca na obszarach słabo zaludnionych.) – ***dana wrażliwa*** |  **⬜** TAK **⬜** NIE  **⬜** ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  |  **⬜** TAK **⬜** NIE |
|

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIA FORMALNE – *proszę zaznaczyć właściwe pole (może być więcej niż jedno)***
 |

 |
| **PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ ZGODNIE Z RPO WP 2014-2020** | Osoba/ rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:* 1. **⬜** osoba lub rodzina korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

**Lub** osoba lub rodzina kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej * ubóstwo
* alkoholizm lub narkomania
* sieroctwo
* długotrwała lub ciężka choroba
* bezdomność
* potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi
* bezrobocie
* potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności
* niepełnosprawność
* trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
* przemoc w rodzinie
* zdarzenia losowe i sytuacje kryzysowe;
* trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. C lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach
* bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
	1. **⬜** osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym, tj:
* uzależnionych od alkoholu
* uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających
* chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego
* długotrwale bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy
* zwalnianych z zakładów karnych mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej
* uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej
* bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
* osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym;
	1. **⬜** osoby z niepełnosprawnością – czyli osoby posiadające trwałą lub okresową niezdolność do wypełniania ról społecznych z powodu stałego lub długotrwałego naruszenia sprawności organizmu, w szczególności powodującą niezdolność do pracy i których niepełnosprawność została potwierdzona orzeczeniem;
	2. **⬜** osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, czyli osoby, które ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;
	3. **⬜** seniorzy
	4. **⬜** osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)
 |

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIA PUNKTOWE – PREFERENCJE – *proszę zaznaczyć właściwe pole***
 |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego, czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w pkt. VI. Kryteria formalne  |  **⬜** TAK **⬜** NIE |
| Osoba o stopniu niepełnosprawności.  |  **⬜** znacznym **⬜** umiarkowanym |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną – u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności. |  **⬜** TAK **⬜** NIE |
| Osoba której dochód jest równy lub mniejszy niż 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.[[2]](#footnote-2)  |  **⬜** TAK **⬜** NIE |
| Osoba zamieszkująca tereny wiejskie (słabo zaludnione i ograniczoną możliwością mobilności). |  **⬜** TAK **⬜** NIE |
| Osoba samotnie gospodarująca (samotnie mieszkająca)  |  **⬜** TAK **⬜** NIE |
| Osoba/ rodzina korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ). |  **⬜** TAK **⬜** NIE |

|  |
| --- |
| 1. **SPECYFICZNE POTRZEBY OSOBY SKŁADAJĄCEJ FORMULARZ ZŁOSZENIOWY – *proszę zaznaczyć właściwe pole lub wpisać własną odpowiedź***
 |
| **Co możemy zrobić, aby Pan/ Pani czuł/a się komfortowo, korzystając ze wsparcia w ramach projektu?**  | **⬜** dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda**⬜** przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa**⬜** materiały w alfabecie Braille’a**⬜** tłumacz polskiego języka migowego (PJM)**⬜** tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)**⬜** pętla indukcyjna**⬜** wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową**⬜** obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością**⬜** specjalne potrzeby żywieniowe: …………………………………………………………………………………………………….**⬜** zapewnienie warunków dla psa asystującego**⬜** wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust**⬜** inne, jakie: ……………………………………………………………………………………. |

**OŚWIADCZENIA KANDYDATA/ KANDYDATKI DO PROJEKTU:**

1. Ja, niżej podpisany/a składając Formularz zgłoszeniowy deklaruję chęć swojego udziału
w projekcie pn.: "*Klub Wsparcia Dziennego – II edycja*" .
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie pn.: „Klub Wsparcia Dziennego – II edycja”* i akceptuję jego treści bez zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt pn.: "Klub Wsparcia Dziennego – II edycja" realizowanym jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 6. Integracja, Działanie 6.2 *Usługi społeczne,* Poddziałanie 6.2.2 *Rozwój Usług Społecznych*.
4. Oświadczam, że znane mi są założenia projektu i zobowiązuje się – w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie - do aktywnego i systematycznego uczestnictwa w formach wsparcia określonych w Indywidualnej Ścieżce Reintegracji.
5. Wyrażam zgodę - w przypadku zakwalifikowania się do udziału w projekcie - na poddanie się badaniom ewaluacyjnym prowadzonym przez Realizatora projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
6. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że wszystkie dane oraz informacje zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym i załączonych dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
/miejscowość i data/ /podpis kandydata/ kandydatki do projektu lub opiekuna prawnego/

1. Osoba bezrobotna w rozumieniu definicji osoby bezrobotnej zarejestrowanej w ewidencji urzędów pracy. Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:

Młodzież (< 25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy)

Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). [↑](#footnote-ref-1)
2. osoba samotnie gospodarująca - dochód nie przekracza kwoty 776 zł netto, tj. 776 zł x 150% = 1164 zł netto

 osoba w rodzinie - dochód na osobę nie przekracza kwoty 600 zł netto, tj. 600 zł x 150% = 900 zł netto [↑](#footnote-ref-2)