**Formularz zgłoszenia uczestnictwa**

**do projektu „Utworzenie 13 Dziennych Domu Pobytu na terenie   
województwa kujawsko-pomorskiego”**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego

na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo

Działanie 9.03 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych

Poddziałanie 9.03.02 Rozwój usług społecznych

**UWAGI:**

1. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz wydrukować i podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
2. Należy uzupełnić wszystkie rubryki; jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację   
   „Nie dotyczy”.
3. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
4. W przypadku skorygowania jakichkolwiek odpowiedzi, należy przekreślić błędne wskazanie i postawić parafę.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „X”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **DANE PERSONALNE** | | | | |
| 1. | Imię | |  | | |
| 2. | Nazwisko | |  | | |
| 3. | Data urodzenia | |  | | |
| 4. | Płeć | | Kobieta | Mężczyzna | |
| 5. | PESEL | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | brak |
| 6. | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |  | | |
| 7. | Telefon kontaktowy | |  | | |
| 8. | Adres e–mail: | |  | | |
| **Wykształcenie** | | | | | |
| 9. | Poziom wykształcenia  (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe) | | Niższe niż podstawowe  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Policealne  Wyższe | | |
|  | |  | | |
| 10. | **Adres zamieszkania** | | | | |
| a | Miejscowość |  | | |
| b | Ulica, nr domu / lokalu |  | | |
| c | Nr budynku |  | | |
| d | Nr lokalu |  | | |
| e | Kod pocztowy[[1]](#footnote-1) |  | | |
| f | Województwo |  | | |
| g | Powiat |  | | |
| h | Gmina |  | | |
| 11. | **Adres korespondencyjny**  (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)  DOTYCZY  NIE DOTYCZY | | | | |
| a | Miejscowość |  | | |
| b | Ulica, nr budynku / lokalu |  | | |
| c | Kod pocztowy |  | | |
| d | Województwo |  | | |
| e | Powiat |  | | |
| f | Gmina |  | | |

**II. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE DO UDZIAŁ W PROJEKCIE:** | | |
| Spełnianie warunków udziału w projekcie  (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej) |  | Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.  **Przedkładam zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza pierwszego kontaktu.** |
|  | Jestem osobą fizyczną zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracującą lub uczącą się na obszarze Gminy...................................................................................... |
| **KRYTERIA PREMIUJĄCE** | | |
| Spełnianie kryteriów preferencyjnych  (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach) |  | Mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca  2004 r. o pomocy społecznej, **co potwierdza dołączone zaświadczenie z GOPS/MOPS** |
|  | Jestem osobą niepełnosprawną, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, **co potwierdza dołączone zaświadczenie o niepełnosprawności** |
|  | Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, **co potwierdza dołączone Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia społecznego** |
|  | Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną\*/ osobą z zaburzeniami psychicznymi (w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną, osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi), **co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ.**  \*występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności jednocześnie |
|  | Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) (indywidualnie lub jako rodzina) |
| **FORMY WSPARCIA** | | |
| Proszę wybrać **JEDEN RODZAJ** wsparcia, o które ubiega się kandydat |  | Dzienny Dom Pobytu |
|  | Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania\*  \*Dotyczy mieszkańców Gminy ............................................. |
| **DODATKOWA FORMA WSPARCIA ŚWIADCZONA NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH I ICH RODZIN** | | |
| Proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu |  | Centrum Usług Środowiskowych (świadczące m.in. usługi prawne, informacyjne, doradcze, szkoleniowe, psychologiczne dla podopiecznych DDP oraz ich rodzin) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **III. STATUS KANDYDATA** | | |
| **INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA:** | | |
| Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „X” w każdym właściwym miejscu) | Tak  Nie dotyczy | **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:**  osoba długotrwale bezrobotna  inne |
| Tak  Nie dotyczy | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:**  osoba długotrwale bezrobotna  inne |
| Tak  Nie dotyczy | **Osoba bierna zawodowo**[[2]](#footnote-2)**, w tym:**  osoba pobierająca rentę/emeryturę  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  osoba ucząca się  inne |
| Tak  Nie dotyczy | **Osoba pracująca, w tym:**  osoba pracująca w administracji rządowej  osoba pracująca w administracji samorządowej  osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  osoba pracująca w MMŚP  osoba pracująca w organizacji pozarządowej  osoba prowadząca działalność na własny rachunek  inne |
| Nie dotyczy | **Wykonywany zawód, w tym:**  nauczyciel kształcenia zawodowego  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  rolnik  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  instruktor praktycznej nauki zawodu  inny |
|  | **Zatrudniona w** (nazwa instytucji/firmy): ………………………………………………..………………………… |

**IV. SZCZEGÓLNA SYTUACJA**

|  |  |
| --- | --- |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**  **TAK**  **NIE**  **Odmowa podania informacji** |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania**  **TAK**  **NIE** |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**  **TAK**  **NIE**  **Odmowa podania informacji**  *Jeśli TAK - czy zgłasza Pan / Pani specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?..........................................................................................................................*  ……………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** (innej niż wymienione powyżej, m.in.: osoby z obszarów wiejskich)  **TAK**  **NIE**  **Odmowa podania informacji** |

**Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.**

|  |  |
| --- | --- |
| ………………..………………………………………… | ………………………………….…………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU[[3]](#footnote-3)\** |

1. Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod który podlega dana miejscowość. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Osoby bierne zawodowo – osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Są to osoby posiadające wyłącznie własne niezarobkowe źródło utrzymania lub pozostające na utrzymaniu innych osób. Do grupy tej należą: emeryci; renciści; osoby uczące się; osoby, które zaniechały poszukiwania pracy ze względu na zniechęcenie bezskutecznością poszukiwania pracy oraz inne powody, w tym osobiste lub rodzinne.* [↑](#footnote-ref-2)
3. *\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.* [↑](#footnote-ref-3)