**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO KLUBU SENIORA**

**Gminy Władysławowo**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE PODSTAWOWE** | | | | | |
| **nazwisko** |  | | | | |
| **imię** |  | | | | |
| **płeć** | **□ kobieta** | | | | **□ mężczyzna** |
| **PESEL** |  | | | | |
| **data urodzenia** |  | | | | |
| **telefon kontaktowy** |  | | | | |
| **adres e-mail** |  | | | | |
| **adres zamieszkania** | **ulica** | | | |  |
| **numer domu/lokalu** | | | |  |
| **miejscowość** | | | |  |
| **kod pocztowy** | | | |  |
| **powiat** | | | |  |
| **gmina** | | | |  |
| **adres do korespondencji** (jeśli inny niż adres zamieszkania) |  | | | | |
| 1. **WYKSZTAŁCENIE** | | | | | |
| **□ niższe niż podstawowe** | | | | | |
| **□ podstawowe** | | | | | |
| **□ gimnazjalne** | | | | | |
| **□ ponadgimnazjalne** | | | | | |
| **□ wyższe** | | | | | |
| 1. **STATUS NA RYNKU PRACY** | | | | | |
| **osoba bezrobotna** | | | | **□ tak** | |
| **□ nie** | |
| **□ nie** | |
| **osoba pracująca** | | | | **□ tak** | |
| **□ nie** | |
| **Wykonywany zawód (dotyczy osób pracujących)** | | | |  | |
| **Zainteresowania** | | | |  | |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** | | | | | |
| **osoba z niepełnosprawnościami** | | | | **□ tak** | |
| **□ nie** | |
| **rodzaj niepełnosprawności** | | | | **□ nie dotyczy** | |
| **□ lekki** | |
| **□ umiarkowany** | |
| **□ znaczny** | |
| 1. **KRYTERIA UDZIAŁU W KLUBIE SENIORA** | | | | | |
| Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym | | □ **TAK**  □ **NIE** | | | |
| Jeśli na powyższe pytanie odpowiedziałeś twierdząco, proszę zaznaczyć minimum jedną spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia/wykluczenia społecznego:   * osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące 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; * osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020; * członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością; * osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; * osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań tj. osoby: * bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); * bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności – specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); * z niezabezpieczonym zakwaterowaniem (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); * z nieodpowiednimi warunki mieszkaniowymi (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania według standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach; * osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa. | | | | | |
| Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | | **□ TAK □ NIE**  w przypadku zaznaczenia twierdzącej odpowiedzi należy podać przyczynę potrzeby wsparcia: …………………………………………………………………..  …………………………………………………………………………… | | | |
| Osoba samotnie gospodarująca | | **□ TAK □ NIE** | | | |
| 1. **INNE INFORMACJE** | | | | | |
| □ Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | | |
| □ Uczestnik Klubu Seniora w roku poprzedzającym rekrutację □ tak □ nie | | | | | |
| **Dodatkowe informacje:** | | | | | |
| 1. **OŚWIADCZENIA** | | | | | |
| 1. Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, iż wyrażam wolę udziału w zajęciach organizowanych przez Gminę Władysławowo w ramach funkcjonowania Klubu Seniora we Władysławowie. 2. **Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych  z prawdą oświadczam, że wszystkie dane zawarte z formularzu zgłoszeniowym są zgodne  z prawdą.** 3. **Zostałem/am poinformowany/a, iż zadanie jest realizowane ze środków własnych Gminy Władysławowo.** 4. **Zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego postanowienia.** 5. **Spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie, określone w ww. Regulaminie.** | | | | | |
| **Miejscowość i data:** | | | **………………………………………………** | | |
| **Czytelny podpis:** | | | **……………………………………………….** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **OCENA ZGŁOSZENIA (wypełnia Koordynator)** | |
| KRYTERIA : | □ TAK □ NIE |
|  | |
| wielokrotne wykluczenie (3 pkt.) | □ TAK □ NIE |
| umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności (3 pkt.) | □ TAK □ NIE |
| korzystanie z PO PŻ (3 pkt.) | □ TAK □ NIE |
| osoba samotnie gospodarująca (3 pkt.) | □ TAK □ NIE |
| Uczestnik Klubu Seniora w roku poprzedzającym rekrutację (1 pkt.) | □ TAK □ NIE |
| Osoba bezrobotna (1 pkt.) | □ TAK □ NIE |
| **RAZEM:** |  |

Sprawdzono dnia …………..…………..

Podpis Koordynatora ……………………………………………..