**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 udziałuw 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 ……………………………………………..