



Zał. nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie  
pt. „Rozwój usług społecznych w gminie Strzyżów”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.  
„Rozwój usług społecznych w gminie Strzyżów”  
KLUB SENIORA/USŁUGI SASIEDZKIE**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie” dostępnym na [www.stryzow.pl](http://www.stryzow.pl), <https://mgops.itl.pl/> lub w Biurze Projektu i Siedzibie MGOPS w Strzyżowie

Informacje wypełniane przez podmiot przyjmujący formularz	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**UWAGA:**

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole  znaku: **X**

**WNIOSKUJĘ O:**

- uczestnictwo w Klubie Seniora
- korzystanie z usług sąsiedzkich w miejscu zamieszkania.

1	<b>Imię i Nazwisko</b>		
2	<b>PESEL</b>		
3	<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
4	<b>Adres zamieszkania</b>	Kraj	
		Województwo	
		Powiat	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
	<b>Obszar zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
5	<b>Telefon kontaktowy</b>		
	<b>Adres e-mailowy</b> <i>(jeżeli uczestnik projektu posiada)</i>		
6	<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5)	
7	<b>Status osoby na rynku pracy:</b>	<b>Status osoby na rynku pracy</b> w chwili przystąpienia do projektu ( <i>zaznaczyć właściwe</i> ): <input type="checkbox"/> <b>Bezrobotna</b> <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> <b>Bierna zawodowo</b> <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	

		<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki</li> </ul> </li> <li>osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul>
8	<b>Dodatkowe informacje</b>	<p>Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie    <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi</p> <hr/> <p>Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</p> <p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <hr/> <p>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane takich jak Romowie)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie    <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi</p> <hr/> <p>Jestem osobą obcego pochodzenia</p> <p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p> <hr/> <p>Jestem osobą z krajów trzecich</p> <p><input type="checkbox"/> Tak    <input type="checkbox"/> Nie</p>

**Ja niżej podpisany/a pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

**Oświadczam, że:**

- zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie oraz akceptuję jego warunki
  - TAK       NIE
- zamieszkuję na terenie gminy Strzyżów
  - TAK       NIE
- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność
  - TAK       NIE
- jestem osobą samotnie zamieszkującą (DOT. WYŁĄCZNIE OSÓB KANDYDUJĄCYCH DO KORZYSTANIA Z USŁUG SĄSIEDZKICH)
  - TAK       NIE
- posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
  - TAK       NIE

Jeśli TAK to proszę wskazać konkretnie:

- stopień znaczny niepełnosprawności
  - stopień umiarkowany niepełnosprawności,
  - niepełnosprawność sprzężona,
  - osoba z chorobami psychicznymi,
  - niepełnosprawność intelektualną,
  - całościowe zaburzenia rozwojowe
- posiadam dochód na osobę w rodzinie/osobę samotnie gospodarującą w wysokości miesięcznej ..... zł
    - TAK       NIE
  - korzystam z Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa,
    - TAK       NIE
  - zostałam/łem poinformowany, że projekt jest realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu operacyjnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.
  - zapoznałem się z Załącznikiem nr 4 do Regulaminu tj. Klauzulą informacyjną o zasadach przetwarzania danych osobowych,
  - nie korzystałam/łem dotychczas z usług tożsamyh do realizowanych w projekcie
    - TAK       NIE

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Wyrażam/nie wyrażam (niepotrzebne skreślić) zgodę na nieodpłatne rejestrowanie i rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – Gminę Strzyżów oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.
2. Zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie, ale prawo do odwołania zgody przysługuje w dowolnym momencie.
3. Zgoda obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronach internetowych, w gazetach i w Internecie itp.
4. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowić naruszenia moich dóbr osobistych. Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

**W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że dostarczę najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:**

1. Deklarację udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z niepełnosprawnościami, proszę wskazać szczególne potrzeby uczestniczki/uczestnika projektu (właściwe należy zaznaczyć poprzez wpisanie X):

- pomieszczenie dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami
- przygotowanie materiałów szkoleniowych większą czcionką
- częste i dłuższe przerwy
- inne, proszę wymienić

.....  
.....  
.....

NR	WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:	DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Oryginał zaświadczenia lekarskiego stwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności potwierdzona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie o korzystaniu z FE PŻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
*Data*

.....  
*Podpis osoby składającej zgłoszenie  
do udziału w projekcie*