



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”
USŁUGI SĄSIEDZKIE**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie” dostępnym na www.stryzow.pl,
<https://cusstryzow.pl/kontakt.html> lub w Biurze Projektu i Siedzibie CUS 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	Imię i Nazwisko		
2	PESEL		
3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
4	Adres zamieszkania	Kraj	
		Województwo	
		Powiat	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
5	Telefon kontaktowy		
	Adres e-mailowy <i>(jeżeli uczestnik projektu posiada)</i>		
6	Wykształcenie	<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	Status osoby na rynku pracy:	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (<i>zaznaczyć właściwe</i>): <input type="checkbox"/> Bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Bierna zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	

		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
8	Dodatkowe informacje	<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 tożsamych 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.

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

1. Deklaracje udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
2. **Oświadczenie specjalnych potrzebach**

Oświadczam, że

posiadam

nie posiadam

specjalne potrzeby także w kontekście dostępności do usług.

W przypadku zaznaczenie powyżej TAK, proszę poniżej zaznaczyć co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się komfortowo uczestnicząc w Projekcie:

- przygotowanie materiałów informatycznych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa
- tłumacz polskiego języka migowego
- tłumacz systemu językowo-migowego
- wsparcie asystenta: osoby niewidomej/osoby głuchoniewidomej/ osoby niepełnosprawnościami
- konieczność stosowania przedmiotów i urządzeń wspomagających, jakich?.....
- inne, jakie?.....

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