



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Potwierdzenie złożenia formularza zgłoszeniowego (wypełnia personel)				
Data wpływu	Godzina	Numer zgłoszenia	Liczba zał.	Podpis przyjmującego

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

„Przepis na Wsparcie – usługi społeczne dla osób wymagających opieki z gm. Wiązów i ościennych gmin” FEDS.07.07-IP.02-0115/23 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

(WYPEŁNIĆ TYLKO BIAŁE POLA, CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI, W JĘZYKU POLSKIM, WPISAĆ X W POLE WYBORU - JEŚLI DOTYCZY)

**1. Dane i informacje Uczestnika**

Imię:				
Nazwisko:				
PESEL:				
Płeć:		kobieta		
		mężczyzna		
Adres zamieszkania:	Województwo:	Powiat:	Gmina:	
	Miejscowość:		Kod pocztowy:	
	Ulica:			
	Nr budynku:			
	Nr lokalu:			
Adres e-mail:				
Telefon kontaktowy:				
Preferowany sposobu kontaktu:		Telefon/sms		
		email		
		Poczta tradycyjna		





Posiadane wykształcenie:	niższe niż podstawowe (ISCED 0)	
	podstawowe (ISCED 1)	
	gimnazjalne (ISCED 2)	
	ponadgimnazjalne (ISCED 3)	
	policealne (ISCED 4)	
	wyższe (ISCED 5-8)	

Status na rynku pracy	Jestem OSOBAŃ BIERNĄ ZAWODOWO		
	W TYM	Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
	W TYM	Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	
	W TYM	Inne	
	Jestem OSOBAŃ BEZROBOTNĄ		
	W TYM	Osoba długotrwale bezrobotna	
	W TYM	Inne	
	Jestem OSOBAŃ PRACUJĄCĄ		
	W TYM:	<u>Jeśli zaznaczono powyżej X Należy Wypełnić zał.2 informacje uzupełniające dot. osób pracujących</u>	

Jestem osobą obcego pochodzenia	TAK		NIE		odmowa podania informacji	
Jestem osobą z państwa trzeciego	TAK		NIE		odmowa podania informacji	
Jestem osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	TAK		NIE		odmowa podania informacji	
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK		NIE		odmowa podania informacji	





Jestem osobą z niepełnosprawnościami	TAK		NIE		odmowa podania informacji	
Jestem osobą korzystającą z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:	TAK		NIE		odmowa podania informacji	
Jestem osobą zamieszkującą samotnie	TAK		NIE		odmowa podania informacji	

**2. Przedkładam dokumenty (zaznaczyć X tylko składane dokumenty):**

<b>Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie jednej z gmin: Wiązów, Oława, m. Oława, Strzelin, Przeworno, Domaniów</b> (np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunku/faktury za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny równoważny potwierdzający zamieszkanie)	
<b>Dokument poświadczający potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b> (np. Zaświadczenie lekarskie o leczeniu, stanie zdrowia, potrzebie wsparcia, określające deficyty sprawności; Ocena funkcjonowania wg skali Barthel; inny równoważny)	
Dokument potwierdzający niepełnosprawność, stopień, przyczyny, datę przyznania i obowiązywania (np. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, wyrok sądu, zaświadczenie Komisji Wojskowej, Lekarskiej, Zaświadczenie lekarskie o leczeniu, stanie zdrowia, określające współlistniejące niepełnosprawności, inny równoważny)	
Dokument potwierdzający uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (np. umowa, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej, inny równoważny)	
Dokument potwierdzający prawo do reprezentowania Kandydata/tki , składania oświadczeń w imieniu Kandydata/tki, (np. orzeczenie sądu o ustanowieniu opiekuna prawnego, akt urodzenia w przypadku osoby niepełnoletniej, pełnomocnictwo notarialne, inny równoważny)	
inny dokument (jaki?) ..... ..... .....	





..... .....	
----------------	--

**3. Wniosek Kandydata/cki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać (proszę wybrać jedną zaznaczając X):**

1.	Dom Dziennego Pobytu	
2.	Usługi opiekuńcze	
3.	Usługi asystenckie	

**4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:**

1.	Teleopieka	
----	------------	--

**5. Informacje o specjalnych potrzebach Kandydata/cki związanych z niepełnosprawnościami, które powinny zostać uwzględnione przy realizacji wsparcia (np. wymagany sprzęt, dostosowanie barier architektonicznych):**

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

**6. Oświadczenia Kandydata/cki**

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

- wszystkie dane i informacje w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym,
- nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Funduszy Unijnych.
- zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis Kandydata/cki lub opiekuna prawnego**





<b>DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY</b> (opiekunów osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia / ubezwłasnowolnienie)	<b>IMIĘ</b>	
	<b>NAZWISKO</b>	

### **7. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz (wypełnia personel projektu)**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości.

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

