**Załącznik nr 1 do**

**REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**nr FEMP.06.26-IP.01-0257/24**

**"Aktywna integracja w Mieście Grybów"**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**Dane kandydata/kandydatki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** |  **Zakres danych:** | **Dane:** |  |
| 1. | Imię |  |  |
| 2. | Nazwisko |  |  |
| 3. | PESEL |  |  |
| 4. | Płeć  |  KOBIETA  MĘŻCZYZNA |  |
| 5. | Data urodzenia |  |  |
| 6 | Obywatelstwo |  |  |
|  8. | **ADRES ZAMIESZKANIA**  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr budynku |  |  |
| Nr lokalu |  |  |
| Gmina |  |  |
| Powiat |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |
| 9. | Telefon kontaktowy |   …………………………………………..….…  |  |
| 10. |  Adres e-mail | …………………………………@………………………….…… |  |

**Oświadczam, że:**

1. Jestem mieszkańcem Miasta Grybów i korzystam z pomocy OPS w Grybowie

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej w Grybowie

1. Należę do następującej grupy/grup docelowych:
2. **osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie z OPS lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej.

1. **osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej

1. **osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości oraz osoby nieletnie zagrożone demoralizacją i przestępczością**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie od kuratora, zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym; inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości

1. **osoby przebywające i opuszczające młodzieżowe ośrodki wychowawcze i młodzieżowe ośrodki socjoterapii**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie z ośrodka, inny dokument potwierdzający przebywanie lub opuszczenie młodzieżowego ośrodka wychowawczego lub socjoterapii.

1. **osoby z niepełnosprawnościami**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza taki jak np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia

1. **członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie od lekarza; odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia osoby potrzebującej wsparcia

1. **osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez realizatora metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia

1. **osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce

1. **osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację np. pismo ze spółdzielni o zadłużeniu (dopuszczalne jest również potwierdzenie kwalifikowalności uczestnika poprzez wywiad środowiskowy przeprowadzony przez beneficjenta z osobą bezdomną lub w kryzysie bezdomności wraz z oświadczeniem osoby bezdomnej lub zagrożoną bezdomnością w przypadku braku możliwości uzyskania zaświadczenia z instytucji pomocy społecznej)

1. **osoby odbywające karę pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego

1. **osoby korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FE PŻ)**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS) lub przez organizację partnerską wydającą żywność zawierający informację o korzystaniu z programu FE PŻ.

1. Jestem osobą:
2. **doświadczającą wielokrotnego wykluczenia doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących je do wsparcia w projekcie lub spełniające więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: zaświadczenie z OPS lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej.

1. **wykluczoną komunikacyjnie:**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: weryfikowane na podstawie oświadczenia.

1. **niekorzystającą ze wsparcia w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej finansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**

□ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: weryfikowane na podstawie oświadczenia.

1. **osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie 12 miesięcy**

 □ Tak □ Nie

Wymagany dokument potwierdzający status: weryfikowane na podstawie świadectwa zwolnienia.

**Czy posiada Pan/ Pani jakieś szczególne potrzeby w związku z Pana/Pani chęcią udziału w projekcie? Proszę zaznaczyć i/lub je krótko opisać.**

1. Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?

□ Tak □ Nie

(Proszę opisać)………………………………………………………………

1. Zapewnienie tłumacza języka migowego?

□ Tak □ Nie

1. Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?

□ Tak □ Nie

1. Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?

□ Tak □ Nie

(Proszę opisać jakie): ……………………………………………………………..

1. Inne specjalne potrzeby?

□ Tak □ Nie

(Proszę opisać jakie): ……………………………………………………………..

Ponadto oświadczam, że:

1. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie nr FEMP.06.26-IP.01-0257/24 "Aktywna integracja w Mieście Grybów” i go akceptuję.
2. Niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i znana jest mi treść art. 233§ 1 kodeksu karnego o odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Mam również prawo do dostępu do treści swoich danych i możliwości ich poprawienie, w sytuacji, kiedy zajdzie taka konieczność.
3. Niniejszym oświadczam, że deklaruję swój udział w niniejszym projekcie, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L. 119, s.1), zw. RODO.

………………………………….. …………………………………………

Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/kandydatki

……………………………………………

Podpis opiekuna prawnego

kandydata/kandydatki (jeśli dotyczy)