

*Załącznik nr 1 do Regulaminu Naboru i Uczestnictwa w Projekcie:*

***„Poprawa dostępności usług społecznych***

***dla osób najbardziej potrzebujących w Gminie Lipie”***

***Zadanie 1: Usługi opiekuńcze - Klub seniora***

**FORMULARZ OSOBOWY ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**pn. „Poprawa dostępności usług społecznych dla osób najbardziej potrzebujących w Gminie Lipie”**

**Zadanie 1: Usługi opiekuńcze – Klub seniora**

w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 współfinansowanego   
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

1. *Dokument należy wypełnić w sposób czytelny (najlepiej drukowanymi literami),*
2. *Należy wypełnić wszystkie wymagane pola lub wpisać „nie dotyczy”, a miejscach wyboru należy postawić znak „x”,*
3. *Wypełnienie dokumentu nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu, a ostateczna kwalifikacja następuje po spełnieniu warunków opisanych w Regulaminie rekrutacji   
   i uczestnictwa w Projekcie.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Część I. Dane osobowe uczestnika** | | | |
| Imię i nazwisko | |  | |
| Obywatelstwo | | ☐ polskie  ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE…………………….  ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju spoza UE /  bezpaństwowiec………….. | |
| PESEL lub  inny identyfikator  *(w przypadku braku)* | |  | |
| Wykształcenie | | ☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)  ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)  ☐ Wyższe (ISCED 5-8) | |
| Dane teleadresowe | | gmina:  miejscowość:  kod pocztowy:  ulica i numer: | |
| Telefon kontaktowy  (obowiązkowy) | |  | |
| E-mail  (obowiązkowy) | |  | |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:** | | | |
| **Osoba bierna zawodowo:** | **☐ TAK ☐ NIE**  *Jeśli TAK to należy wybrać odpowiednie:*  ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub w szkoleniu  ☐ Osoba ucząca się / odbywająca kształcenie  ☐ Inne | | |
| **Osoba bezrobotna:** | **☐ TAK ☐ NIE**  *Jeśli TAK to należy wybrać odpowiednie:*  ☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne | | |
| **Osoba pracująca:** | **☐ TAK ☐ NIE**  *Jeśli TAK to należy wpisać nazwę i adres zakładu pracy:*  *………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………*  *………………………………………………………………………………………* | | |
| **Część II. Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** | | | |
| Osoba obcego pochodzenia | | | ☐ TAK ☐ NIE |
| Osoba państwa trzeciego | | | ☐ TAK ☐ NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | | | ☐ TAK ☐ NIE  ☐ Odmowa podania informacji |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | ☐ TAK ☐ NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | ☐ TAK ☐ NIE |
| **Część III. Oświadczenia (nieobligatoryjne) - na potrzeby oceny merytorycznej (punktowanej)** | | | |
| **1, Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| **2. Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, tj. osobą, u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| **3. Oświadczam, że jestem osobą z chorobami psychicznymi**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| **4. Oświadczam, że jest osobą z niepełnosprawnością intelektualną**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| **5. Oświadczam, że jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| **6.** **Oświadczam, że jestem osobą korzystająca z programu FE PŻ (Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027)**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| **7.** **Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą samotnie**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| **8.** **Oświadczam, że jestem osobą dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego)**  **☐ TAK ☐ NIE** | | | |
| *Oświadczenia, o którym mowa w pkt. 1) – 5) zostaną zweryfikowane na podstawie właściwego orzeczenia lub równoważnego dokumentu, które należy dołączyć do dokumentacji rekrutacyjnej.*  *Oświadczenia, o których mowa w pkt. 6) – 8) zostaną zweryfikowane na podstawie danych i ewidencji/rejestrów prowadzonych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Lipiu.* | | | |
| **Część IV. Oświadczenie o osiąganych dochodach** | | | |
| 1. **Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą i mój miesięczny dochód, za miesiąc poprzedzający złożenie oświadczenia, wynosi:**  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **☐** | do 100% kryterium dochodowego | do 1 010,00 zł | |  | |  | | | **☐** | powyżej 100%-150% | od 1 010,01 zł | | do 1 515,00 zł | |  | | | **☐** | powyżej 150%-250% | od 1 515,01 zł | | do 2 525,00 zł | |  | | | **☐** | powyżej 250%-350% | od 2 525,01 zł | | do 3 535,00 zł | |  | | | **☐** | powyżej 350%-500% | od 3 535,01 zł | | do 5 050,00 zł | |  | | | **☐** | powyżej 500% | od 5 050,01 zł | |  | |  | | | **☐** | Odmawiam podania informacji |  |  | |  | |   **lub**   1. **Oświadczam, że dochód na osobę w rodzinie, za miesiąc poprzedzający złożenie oświadczenia, wynosi:**  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **☐** | do 100% kryterium dochodowego | do 823,00 zł | |  | | | **☐** | powyżej 100%-150% | od 823,01 zł | | do 1 234,50 zł | | | **☐** | powyżej 150%-250% | od 1 234,51 zł | | do 2 057,50 zł | | | **☐** | powyżej 250%-350% | od 2 057,51 zł | | do 2 880,50 zł | | | **☐** | powyżej 350%-500% | od 2 880,51 zł | | do 4 115,00 zł | | | **☐** | powyżej 500% | od 4 115,01 zł | |  | | | **☐** | Odmawiam podania informacji |  |  | |  | | |  |  |  |  | |  | | | | | |
| **Część V. Pozostałe oświadczenia na potrzeby rekrutacji** | | | |
| 1. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, że wypełnienie dokumentów rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie, a ostateczna kwalifikacja następuje po spełnieniu warunków opisanych w Regulaminie Naboru i Uczestnictwa w Projekcie 2. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń. Oświadczam, że dane zawarte w Formularzu są zgodne z prawdą i ze stanem faktycznym. 3. Potwierdzam zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 i art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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; 4. Zapoznałem/am się z klauzulą RODO dostępną pod adresem: <https://lipie.pl/efsplus> ‬‬‬‬ | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………….……………… | ……………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS* |