

Formularz zgłoszenia uczestnictwa

do projektu „Rozwój Kujawsko-Pomorskiej Sieci Dziennych Domów Pomocy”

współfinansowanego ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027,
Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia
społecznego, Działanie 08.24 Usługi społeczne i zdrowotne

UWAGI:

1. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz wydrukować i podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
2. Należy uzupełnić wszystkie rubryki; jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „Nie dotyczy”.
3. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
4. W przypadku skorygowania jakichkolwiek odpowiedzi, należy przekreślić błędne wskazanie i postawić parafę.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „X”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

Lp.	DANE PERSONALNE											
1.	Imię											
2.	Nazwisko											
3.	Data urodzenia											
4.	Płeć	☐ Kobieta						☐ Mężczyzna				
5.	PESEL											☐ brak
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu											
7.	Telefon kontaktowy											
8.	Adres e-mail:											
Wykształcenie												
9.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	☐ Niższe niż podstawowe ☐ Podstawowe ☐ Gimnazjalne ☐ Ponadgimnazjalne ☐ Policealne ☐ Wyższe										



10.	Adres zamieszkania	
	a	Miejscowość
	b	Ulica, nr domu / lokalu
	c	Nr budynku
	d	Nr lokalu
	e	Kod pocztowy ¹
	f	Województwo
	g	Powiat
11.	Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	
	☐ DOTYCZY ☐ NIE DOTYCZY	
	a	Miejscowość
	b	Ulica, nr budynku / lokalu
	c	Kod pocztowy
	d	Województwo
	e	Powiat
	f	Gmina

II. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA OBLIGATORYJNE DO UDZIAŁ W PROJEKCIE:	
Spełnianie warunków udziału w projekcie (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)	☐ Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Przedkładam zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia lekarska, bądź decyzję OPS/CUS dotyczącą przyznania usługi opiekuńczej/specjalistycznej usługi opiekuńczej.
	☐ Jestem osobą fizyczną zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracującą lub uczącą się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

¹ Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod który podlega dana miejscowość.



		Na dowód czego przedkładam dokumenty zobowiązaniowe wystawione na moją osobę i mój adres zamieszkania, np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty np. umowa najmu, karta pobytu. Lub jestem osobą uczącą się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. Na dowód czego przedkładam dokument – zaświadczenie ze szkoły/placówki. Lub jestem osobą pracującą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego Na dowód czego przedkładam zaświadczenie od pracodawcy lub kopię umowy o pracę/umów cywilnoprawnych, w których określono miejsce wykonywania pracy.
KRYTERIA PREMIUJĄCE		
Spełnianie kryteriów preferencyjnych (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach)	☐	Jestem osobą niepełnosprawną, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, co potwierdza dołączone orzeczenie o niepełnosprawności
	☐	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ
	☐	Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ
	☐	Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ
	☐	Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) , co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ
	☐	Jestem osobą korzystającą z Programu FE PŻ
	☐	Jestem osobą zamieszkującą samotnie



III. STATUS KANDYDATA

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA:		
Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „X” w każdym właściwym miejscu)	☐ Tak ☐ Nie dotyczy	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ Tak ☐ Nie dotyczy	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ Tak ☐ Nie dotyczy	Osoba bierna zawodowo², w tym: ☐ osoba pobierająca rentę/emeryturę ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba ucząca się ☐ inne
	☐ Tak ☐ Nie dotyczy	Osoba pracująca, w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne
	☐ Nie dotyczy	Wykonywany zawód, w tym: ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ rolnik ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ inny
	Zatrudniona w (nazwa instytucji/firmy):	

² Osoby bierne zawodowo – osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Są to osoby posiadające wyłącznie własne niezarobkowe źródło utrzymania lub pozostające na utrzymaniu innych osób. Do grupy tej należą: emeryci; renciści; osoby uczące się; osoby, które zaniechały poszukiwania pracy ze względu na zniechęcenie bezskutecznością poszukiwania pracy oraz inne powody, w tym osobiste lub rodzinne.



IV. SZCZEGÓLNA SYTUACJA

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania ☐ TAK ☐ NIE
	Osoba z niepełnosprawnościami ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji <i>Jeśli TAK - czy zgłasza Pan / Pani specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?.....</i>
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej, m.in.: osoby z obszarów wiejskich) ☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU*

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.