|  |  |
| --- | --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY** | |
| **Tytuł projektu** | **UTWORZENIE I PROWADZENIE 4 KLUBÓW WSPARCIA SENIORA NA TERENIE 3 POWIATÓW WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO** |
| **Nr projektu** | **RPLB.07.05.00-08-0032/18-00** |
| **Nazwa Programu Operacyjnego** | **Regionalny Program Operacyjny LUBUSKIE2020** |
| **Numer i nazwa Osi Priorytetowej** | **OŚ 7. RÓWNOWAGA SPOŁECZNA** |
| **Numer i nazwa Działania** | **Działanie 7.5 USŁUGI SPOŁECZNE** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Dane teleadresowe*** | | | | | | |
| Dane uczestnika | Imię i nazwisko |  | | | | |
| Płeć | Kobieta ❑ Mężczyzna ❑ | | | | |
| Data urodzenia |  | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | |
| PESEL |  | | | | |
| Nr dowodu osobistego |  | | | | |
| Stan cywilny |  | | | | |
| Adres zamieszkania | Ulica |  | | | | |
| Nr domu |  | | | | |
| Nr lokalu |  | | | | |
| Miejscowość |  | | | | |
| Kod pocztowy, poczta |  | | | | |
| Powiat |  | | | | |
| Województwo |  | | | | |
| Telefon stacjonarny | | |  | | |
| Telefon komórkowy | | |  | | |
| Adres poczty e-mail | | |  | | |
| **Status osoby w chwili przystąpienia do projektu (Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem „x”)** | | | | | | |
| Kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej:   * ubóstwo; * sieroctwo; * bezdomność; * bezrobocie; * niepełnosprawności; * długotrwała lub ciężka choroba; * przemoc w rodzinie; * potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi; * potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; * bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; * trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w [art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c](https://sip.lex.pl/#/document/18053962?unitId=art(159)ust(1)pkt(1)lit(c)&cm=DOCUMENT) lub [d](https://sip.lex.pl/#/document/18053962?unitId=art(159)ust(1)pkt(1)lit(d)&cm=DOCUMENT) ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; * trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; * alkoholizmu lub narkomanii; * zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;   klęski żywiołowej lub ekologicznej. | | | | tak ❑ | | nie ❑ |
| Osoba niesamodzielna, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób w wykonywaniu podstawowych czynności dnia codziennego  (UWAGA: **zaświadczenie lekarskie**) | | | | tak ❑ | | nie ❑ |
| Osoba zamieszkująca samotnie | | | | tak ❑ | | nie ❑ |
| Dane dodatkowe | Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności  w stopniu ………………………………………………….. | | | | tak ❑ nie ❑ | |
| Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) | | | | tak ❑ nie ❑ | |
| Dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) | | | | tak ❑ nie ❑ | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | | | 🞏 TAK  🞏 NIE  🞏 Odmowa podania informacji | | | |
| *Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:*   1. *„Niniejszym oświadczam, że w/w dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”* 2. *„Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez SPSS KRĄG”,* 3. *„Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem naboru i uczestnictwa w projekcie” i akceptuje jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania uczestnictwa w projekcie”,* 4. *„Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym dokumencie w celu realizacji i monitoringu projektu „Utworzenie i prowadzenie 4 Klubów Wsparcia Seniora na terenie 3 powiatów województwa lubuskiego”(ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018r. poz. 1000). Jest mi znane prawo dostępu do moich danych osobowych i ich modyfikacji”,* | | | | | | |
| *Gorzów Wlkp., ……………………….. …………………………………………………………………….*  *( podpis uczestnika projektu)* | | | | | | |