|  |
| --- |
| **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 niepełnosprawnościw 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)*  |