FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Projekt „Usługi społeczne w formie opiekuńczej, wytchnieniowej i asystenckiej na rzecz społeczności lokalnej,” realizowany przez Gminę Żórawina.

|  |
| --- |
| DANE UCZESTNIKA PROJEKTU  |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko  |    |
| 2. PESEL  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3. Data urodzenia  |   |
| 4. Płeć  |  Kobieta  Mężczyzna  | 5. Wiek  | .................……………… lat  |
|     6. Adres zamieszkania  | Województwo:  |
| Powiat:  |
| Gmina:  |
| Miejscowość:  |
| Obszar:  Miasto  Wieś  |
|  Ulica: nr budynku: nr lokalu:  |
| Kod pocztowy:  |
| 7. Telefon kontaktowy  |   |
| 8. E-mail  |   |
| 9. Wykształcenie |  Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2 ) |
|  Gimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) |
|  Wyższe (ISCED 5-8) |
| 10. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu            |  Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy,  Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy  W tym długotrwale bezrobotna:TAK  NIE  Osoba długotrwale bezrobotna to osoba: bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (w przypadku osób poniżej 25 roku życia), bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia)   osoba bierna zawodowo, w tym:  oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy  oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy   |

|  |  |
| --- | --- |
|      11. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu  | Osoba z krajów trzecich (osoba posiadająca obywatelstwo spoza Unii Europejskiej) TAK  NIE ODMOWA PODANIA DANYCH  Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec) TAK  NIE ODMOWA PODANIA DANYCH  Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie TAK  NIE ODMOWA PODANIA DANYCH  Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE  Osoba korzystająca z FE Pomoc Żywnościowa  TAK  NIE  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (m.in. osoby zamieszkujące obszary wiejskie – DEGURBA3)   TAK  NIE  Osoba zamieszkująca samotnie   TAK  NIE  |
|     12. Oświadczenia Uczestnika               |  Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności  TAK  NIE ODMOWA PODANIA DANYCH Jeżeli tak, proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności   osoba z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności lub równoważnym  osoba z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym  osoba z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym  Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/lub niepełnosprawnością intelektualną    TAK  NIE  Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi    TAK  NIE  |
|     13. Oświadczenie          | Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminę Żórawina/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Żórawinie moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w celu wzięcia udziału w projekcie w projekcie „Usługi społeczne w formie opiekuńczej, wytchnieniowej i asystenckiej na rzecz społeczności lokalnej,” współfinansowanym z Funduszy Europejskich dla Dolnego Śląska na lata 20212027. Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 ust. 1 i 2 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 w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), RODO.  Oświadczam, że obecnie nie uczestniczę w innych projektach z zakresu świadczenia usług społecznych (EFS+ /FST) realizowanych w typach operacji: 9.1 A i B, 7.7 (A, B, C, D) i 7.10 (A, B, C, D) obejmujących formy wsparcia jednakowe jak w niniejszym projekcie.Oświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin naboru do projektu, w tym warunki rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.  |
| 14. Data i miejsce sporządzenia formularza  |  |
|   15. Podpis Uczestnika / opiekuna prawnego |  |