

**Formularz zgłoszenia uczestnictwa
do projektu „Utworzenie 13 Dziennych Domu Pobytu na terenie
województwa kujawsko-pomorskiego”**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego
na lata 2014 – 2020, Oś priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo
Działanie 9.03 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych
Poddziałanie 9.03.02 Rozwój usług społecznych

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	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
5.	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																					<input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe																					

		Adres zamieszkania	
10.	a	Miejscowość	
	b	Ulica, nr domu / lokalu	
	c	Nr budynku	
	d	Nr lokalu	
	e	Kod pocztowy ¹	
	f	Województwo	
	g	Powiat	
	h	Gmina	
		Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania) <input type="checkbox"/> DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
11.	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)	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Przedkładam zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza pierwszego kontaktu.
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą fizyczną zamieszkujejącą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracującą lub uczącą się na obszarze Gminy.....

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

III. STATUS KANDYDATA

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

KRYTERIA PREMIUJĄCE		
Spełnianie kryteriów preferencyjnych (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach)	<input type="checkbox"/>	Mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co potwierdza dołączone zaświadczenie z GOPS/MOPS
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niepełnosprawną, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, co potwierdza dołączone zaświadczenie o niepełnosprawności
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego, co potwierdza dołączone Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia społecznego
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną*/ osobą z zaburzeniami psychicznymi (w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną, osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi), co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ. *występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności jednocześnie
	<input type="checkbox"/>	Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ) (indywidualnie lub jako rodzina)
FORMY WSPARCIA		
Proszę wybrać JEDEN RODZAJ wsparcia, o które ubiega się kandydat	<input type="checkbox"/>	Dzienny Dom Pobytu
	<input type="checkbox"/>	Usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania* *Dotyczy mieszkańców Gminy
DODATKOWA FORMA WSPARCIA ŚWIADCZONA NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH I ICH RODZIN		
Proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu	<input type="checkbox"/>	Centrum Usług Środowiskowych (świadczące m.in. usługi prawne, informacyjne, doradcze, szkoleniowe, psychologiczne dla podopiecznych DDP oraz ich rodzin)

IV. SZCZEGÓLNA SYTUACJA

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> 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.