*Zał. nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

*pt. Gminny Klub Seniora w Dukli IV*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PT.**

**„Gminny Klub Seniora w Dukli IV”**

*Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie” dostępnym na* [*www.*](http://www.)*klubseniora.dukla.pl lub w Biurze Projektu.*

|  |
| --- |
| Informacje wypełniane przez podmiot przyjmujący formularz |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

**UWAGA:**

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedz.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole
□ znaku: **X**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **Imię i nazwisko** |  |
| 2 | **Obywatelstwo** |  |
| 2 | **PESEL** |  |
| 3 | **Płeć** |  □ Kobieta □ Mężczyzna |
| 4 | **Adres zamieszkania**  | Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| 5 | **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mailowy** *(jeżeli uczestnik projektu posiada)* |  |
| 6 | **Wykształcenie** | □ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)□ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)□ wyższe (ISCED 5-8) |
| 7 | **Status osoby na rynku pracy:** | **Status osoby na rynku pracy** w chwili przystąpienia do projektu (*zaznaczyć właściwe):*□ **Bezrobotna** □ Osoba długotrwale bezrobotna□ inne □ **Bierna zawodowo** □ w tym osoba ucząca się/odbywająca kształcenie  □ w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu □ inne □ **Osoba pracująca** |
| 8 | **Dodatkowe informacje** | Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  □ Tak □ Nie □ Odmawiam odpowiedzi  |
| Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań□ Tak □ Nie  |
|  |  | Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane takich jak Romowie)□ Tak □ Nie □ Odmawiam odpowiedzi  |
|  |  | Jestem osobą obcego pochodzenia□ Tak □ Nie  |
|  |  | Jestem osobą z krajów trzecich□ Tak □ Nie  |

**Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

**Oświadczam, że:**

* zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie i akceptuję jego warunki;
* zamieszkuję na terenie gminu Dukla,
* jestem osobą w wieku 60 lat i więcej,
* jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na wiek/stan zdrowia/niepełnosprawność (do formularza konieczne jest dołączenie oryginału zaświadczenia lekarza na wzorze stanowiącym załącznik nr 2 do regulaminu)
* spełniam kryteria dodatkowe premiowane do udziału projekcie tj.:

a) jestem osobą samotną zamieszkująca i prowadzącą gospodarstwo domowe

□ TAK □ NIE

b) posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam kserokopię orzeczenie o stopniu niepełnosprawności),

□ TAK □ NIE

Jeśli TAK to proszę wskazać konkretnie w/w grupę (stopień znaczny lub umiarkowany niepełnosprawności, niepełnosprawność sprzężona, osoba
z chorobami psychicznymi, niepełnosprawność intelektualną, całościowe zaburzenia rozwojowe): …………………………………………………………………………………………….

c) posiadam dochód **na osobę w rodzinie**/**osobę samotnie gospodarującą (\*proszę wybrać i zaznaczyć właściwą odpowiedź)** w wysokości miesięcznej ………………. zł **(\*proszę podać kwotę)**

f) korzystam z Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie MOPS w Dukli),

□ TAK □ NIE

**Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.**

**Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że projekt jest realizowany**
**ze środków Unii Europejskiej w ramach programu operacyjnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.**

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechniania mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – Gminę Dukla oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.

2. Zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie [www.klubseniora.dukla.pl](http://www.klubseniora.dukla.pl), w gazetach i w Internecie itp.

3. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowić naruszenia moich dóbr osobistych.

**Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna
z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.**

**W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że najpóźniej
w pierwszym dniu wsparcia zawrę umowę uczestnictwa w projekcie, zgodnie ze wzorem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.**

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami,
proszę o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NR** | **WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:** | **DOTYCZY** | **NIE DOTYCZY** |
| **1.** | Zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | [ ]  | [ ]  |
| **2.** | Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności | [ ]  | [ ]  |
| **3.** | Zaświadczenie z MOPS Dukla o korzystaniu z FE PŻ | [ ]  | [ ]  |

……………………………… ……………………………………………………

*Data Podpis osoby składającej zgłoszenie
 do udziału w projekcie*