**

*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

*pn. „Klub Seniora w Horyńcu-Zdroju odpowiedzią na potrzeby mieszkańców!”*

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

„***Klub Seniora w Horyńcu-Zdroju odpowiedzią na potrzeby mieszkańców!”***

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

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą 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 | **PESEL** |  | |
| 3 | **Płeć** | □ Kobieta □ Mężczyzna | |
| 4 | **Adres zamieszkania** | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| **Obszar zamieszkania** | □ miejski □ wiejski | |
| 5 | **Telefon kontaktowy** |  | |
| **Adres e-mailowy** *(jeżeli uczestnik projektu posiada)* |  | |
| 6 | **Wykształcenie** | □ **Niższe niż podstawowe***(Brak formalnego wykształcenia)*  □ **Podstawowe** *(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)*  □ **Gimnazjalne** *(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)*  □ **Ponadgimnazjalne** *(Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej /wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)*  □ **Pomaturalne/Policealne** *(Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)*  □ **Wyższe** *(Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym)* | |
| 7 | **Status osoby na rynku pracy:** | **Status osoby na rynku pracy** w chwili przystąpienia do projektu (*zaznaczyć właściwe, zgodnie z definicją na końcu formularza*):  □ **Bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**  □ w tym długotrwale bezrobotna  □ inne  □ **Bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy**  □ w tym długotrwale bezrobotna  □ inne  □ **Bierna zawodowo**  □ w tym osoba ucząca się  □ w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  □ inne  □ **Osoba pracująca, w tym:**  □ osoba pracująca w administracji rządowej  □ osoba pracująca w administracji samorządowej  □ osoba pracująca w MMŚP  □ osoba pracująca w organizacji pozarządowej  □ osoba pracująca na własny rachunek  □ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie  □ inne  **Zawód wykonywany:**  □ instruktor praktycznej nauki zawodu  □ nauczyciel kształcenia ogólnego  □ nauczyciel wychowania przedszkolnego  □ nauczyciel kształcenia zawodowego  □ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  □ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  □ pracownik instytucji rynku pracy  □ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  □ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  □ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  □ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ rolnik  □ inny  Wykonywany zawód ………………………………………………..  Zatrudniony w: ……………………………………………………... | |
|  | **Dodatkowe informacje** | Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności  □ Tak □ Nie □ Odmawiam odpowiedzi | |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia  □ Tak □ Nie □ Odmawiam odpowiedzi | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu  do mieszkań  □ Tak □ Nie | |
|  |  | Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  □ Tak □ Nie □ Odmawiam odpowiedzi | |

**Oświadczenia**

**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 uczestnictwa w projekcie pn.** „Klub Seniora w Horyńcu-Zdroju odpowiedzią na potrzeby mieszkańców!” **i akceptuję jego warunki;**

**Oświadczam, że spełniam kryteria formalne:**

* **Zamieszkuje na terenie gminy Horyniec - Zdrój**
* **Jestem w wieku 60+**
* **Jestem osobą niesamodzielną** **potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagającą z tego względu opieki lub wsparcia w związku   
  z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej   
  z podstawowych czynności dnia codziennego – na podstawie zaświadczenia lekarza stanowiącego Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa z projekcie**

□ TAK □ NIE

Spełniam dodatkowo następujące warunki (kryteria merytoryczne)**:**

* Jestem osobą samotnie zamieszkująca i prowadzącą gospodarstwo domowe

□ TAK □ NIE

(Waga punktowa – 15 pkt.)

* Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności – należy załączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności

□ TAK □ NIE

(Waga punktowa – 10 pkt.)

Oświadczam dodatkowo, że spełniam następujące warunki:

1. Jestem osobą z niepełnosprawnością i/lub osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodu (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej ,

□ TAK □ NIE

(Waga punktowa – 15 pkt.)

1. Jestem osobą zaliczającą się do poniżej podanej grupy:

* doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (na podstawie oświadczeń kandydata w tym zakresie – załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji   
  i uczestnictwa w projekcie)

□ TAK □ NIE

(Waga punktowa – 15 pkt.)

* ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności   
  (na podstawie kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności)

□ TAK □ NIE (Waga punktowa – 15 pkt.)

* z niepełnosprawnością sprzężoną oraz z zaburzeniami psychicznymi, w tym   
  (z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (na podstawie kserokopii orzeczenia o niepełnosprawności)

□ TAK □ NIE (Waga punktowa – 15 pkt.)

1. korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (a zakres wsparcia dla mnie lub mojej rodziny nie będzie powielał działań, które ja lub moja rodzina otrzymała lub otrzymuje z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa w ramach działań towarzyszących, o których mowa w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa)

□ TAK □ NIE

(Waga punktowa – 15 pkt.)

**Oświadczam dodatkowo**, że na dzień rekrutacji uczestników projektu nie korzystałam /em z rodzajowo tożsamego wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków EFS w ramach RPO WP 2014-2020

□ TAK □ NIE

**Posiadam dochód na osobę w rodzinie w wysokości miesięcznej ………………. zł** (zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej)

***W przypadku niedostarczenia wymaganych załączników dot. kryteriów merytorycznych, Wnioskodawca uzna, że kryterium nie jest spełnione i przyzna   
0 pkt.***

**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 Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechnianie mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – Gminę Horyniec - Zdrój 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: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie [www.gminahoryniec.pl](http://www.lesko.pl/), stronie projektu, fanpage Gminy Horyniec - Zdrój, 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 dostarczę najpóźniej   
w pierwszy dzień wsparcia:**

a) Deklarację udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,

b) Oświadczenie Uczestnika projektu dotyczące danych osobowych, zgodnie z załącznikiem 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:

….................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Początek formularza

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:** | Dotyczy | Nie dotyczy |
| **1.** | Zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |

Dół formularza

…..............................................................................................................................................

*Data i Podpis osoby składającej zgłoszenie do udziału w projekcie*