

**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA KANDYDATA/KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE  
(opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej)**

DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROJEKCIE		
Imię i Nazwisko		
PESEL		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0) <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (ISCED 1) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (ISCED 2) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) <input type="checkbox"/> POLICEALNE (ISCED 4) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8)	
Miejscowość		
Ulica i numer budynku/lokalu		
Kod pocztowy		
Telefon kontaktowy		
Adres e-mail		
Czy jesteś zarejestrowany/a w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK, podaj: Ustalony profil pomocy ..... Od kiedy jesteś zarejestrowany/a? .....	
Czy w tym tygodniu nie byłeś/eś osobą pracującą, jednocześnie aktywnie poszukujesz pracy i jesteś gotowy/a podjąć pracę w tym tygodniu lub w tygodniu następnym?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy jesteś osobą, która:	Jest zatrudniona	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jest rolnikiem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jest przedsiębiorcą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jest na urlopie macierzyńskim	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jest na urlopie rodzicielskim	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jest na urlopie wychowawczym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Uczy się	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

<p>Czy jesteś osobą, która bezpośrednio lub jako członek/członkini rodziny korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub osobą kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli TAK, wskaż przesłankę/przesłanki:</p> <p><input type="checkbox"/> ubóstwo</p> <p><input type="checkbox"/> sieroctwo</p> <p><input type="checkbox"/> bezdomność</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobocie</p> <p><input type="checkbox"/> niepełnosprawność</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwała lub ciężka choroba</p> <p><input type="checkbox"/> przemoc w rodzinie</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności</p> <p><input type="checkbox"/> bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych</p> <p><input type="checkbox"/> trudności 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 lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego</p> <p><input type="checkbox"/> alkoholizm lub narkomania</p> <p><input type="checkbox"/> zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa</p> <p><input type="checkbox"/> klęska żywiołowa lub ekologiczna</p>						
<p>Czy jesteś osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym?</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Jeśli tak, wskaż odpowiednią kategorię:</p> <p><input type="checkbox"/> bezdomny realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> uzależnienie od alkoholu</p> <p><input type="checkbox"/> uzależnienie od narkotyków lub innych środków odurzających</p> <p><input type="checkbox"/> chory psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotny w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,</p> <p><input type="checkbox"/> zwalniany/a z zakładu karnego, mający/a trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych</p>						
<p>Czy jesteś osobą, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. osobą, która</p>	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="579 1688 1174 1765"> <p>przebywa w pieczy zastępczej</p> </td> <td data-bbox="1174 1688 1458 1765"> <p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1765 1174 1841"> <p>opuszcza pieczę zastępczą</p> </td> <td data-bbox="1174 1765 1458 1841"> <p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> </td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 1841 1174 1962"> <p>jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych</p> </td> <td data-bbox="1174 1841 1458 1962"> <p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p> </td> </tr> </table>	<p>przebywa w pieczy zastępczej</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>opuszcza pieczę zastępczą</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>przebywa w pieczy zastępczej</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p>						
<p>opuszcza pieczę zastępczą</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p>						
<p>jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK    <input type="checkbox"/> NIE</p>						

Czy jesteś osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	[ ] TAK [ ] NIE
Czy jesteś osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym LUB młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	[ ] TAK [ ] NIE
Czy jesteś członkiem/członkinią rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością?	[ ] TAK [ ] NIE
Czy jesteś osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego?	[ ] TAK [ ] NIE
Czy jesteś osobą korzystającą bezpośrednio lub członkiem rodziny korzystającej z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa?	<p>[ ] TAK [ ] NIE</p> <p>Jeśli TAK, podaj czy zostałeś/aś objęty/a działaniami towarzyszącymi</p> <p>[ ] TAK [ ] NIE</p> <p>Jeśli TAK, podaj jakiego rodzaju działania towarzyszące zostały Ci udzielone</p> <p>.....</p>
Czy brałeś/aś lub bierzesz obecnie udział w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską?	<p>[ ] TAK [ ] NIE</p> <p>Jeśli TAK, podaj szczegółowe informacje</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI
Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	[ ] TAK [ ] NIE
Czy posiadasz ważne orzeczenie o niepełnosprawności?	<p>[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI</p> <p>Jeśli TAK:</p> <p>Ustalony stopień .....</p> <p>Rodzaj niepełnosprawności/ symbol .....</p> <p>Ważność orzeczenia .....</p>

Czy jesteś osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)?		[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI
Dane dotyczące zatrudnienia/ prowadzonej działalności gospodarczej - jeśli dotyczy	Rodzaj pracodawcy, zajmowane stanowisko, nazwę i adres Pracodawcy/ Nazwa i rodzaj prowadzonej działalności gospodarczej, adres	
Inne ważne informacje		
<p>Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne dla seniorów. Edycja 1” współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na zasadach i warunkach wskazanych przez Realizatora.</p>		
<p>Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji, organizacji i oceny projektu zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)</p>		
<p>Przyjmuję do wiadomości, iż niniejsza ankieta jest zgłoszeniem chęci udziału w projekcie. W procesie rekrutacyjnym niezbędnym będzie złożenie kompletu dokumentów rekrutacyjnych w zakresie wskazanym przez Realizatora projektu.</p>		
<p>Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.</p>		
<p>Oświadczam, iż zapoznałem/am się z regulaminem projektu i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.</p>		
<p>Oświadczam, iż zapoznałem/am się z kryteriami oceny kandydatów/ek do udziału w projekcie i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.</p>		
<p>Oświadczam, że spełniam kryteria udziału w projekcie.</p>		



Oświadczam, iż wyrażam zgodę na weryfikację mojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie w terminie do 6 miesięcy od zakończenia udziału.

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na zebranie przez Realizatora projektu dodatkowych danych (jeżeli będzie do wymagane do sprawozdawczości projektu), również po zakończeniu udziału w projekcie.

***Świadomy/a odpowiedzialności za składanie nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej ankiecie są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.***

Data wypełnienia:	
Czytelny podpis:	