**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA KANDYDATA/KANDYDATKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**(opiekun faktyczny osoby niesamodzielnej)**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY ZAINTERESOWANEJ UDZIAŁEM W PROJEKCIE** |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Wykształcenie** | [ ] NIŻSZE NIŻ PODSTAWOWE (ISCED 0)[ ] PODSTAWOWE (ISCED 1)[ ] GIMNAZJALNE (ISCED 2)[ ] PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3)[ ] POLICEALNE (ISCED 4)[ ] 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?** | **[ ] TAK [ ] NIE Jeśli TAK, podaj:Ustalony profil pomocy ………………………………………………….…………………Od kiedy jesteś zarejestrowany/a? ………………………………….……………….** |
| **Czy w tym tygodniu nie byłaś/eś osobą pracującą, jednocześnie aktywnie poszukujesz pracy i jesteś gotowy/a podjąć pracę w tym tygodniu lub w tygodniu następnym?** | **[ ] TAK [ ] NIE**  |
| **Czy jesteś osobą, która:** | **Jest zatrudniona Jest rolnikiem Jest przedsiębiorcą Jest na urlopie macierzyńskim Jest na urlopie rodzicielskim Jest na urlopie wychowawczym Uczy się**  | **[ ] TAK [ ] NIE[ ] TAK [ ] NIE[ ] TAK [ ] NIE****[ ] TAK [ ] NIE[ ] TAK [ ] NIE[ ] TAK [ ] NIE[ ] TAK [ ] NIE** |
| **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** | **[ ] TAK [ ] NIE** **Jeśli TAK, wskaż przesłankę/przesłanki:**[ ] ubóstwo [ ] sieroctwo[ ] bezdomność [ ] bezrobocie[ ] niepełnosprawność [ ] długotrwała lub ciężka choroba[ ] przemoc w rodzinie[ ] potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi[ ] potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności[ ] bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych [ ] 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[ ] trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego[ ] alkoholizm lub narkomania [ ] zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa[ ] klęska żywiołowa lub ekologiczna |
| **Czy jesteś osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym?** | **[ ] TAK [ ] NIE Jeśli tak, wskaż odpowiednią kategorię:**[ ] bezdomny realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej[ ] uzależnienie od alkoholu[ ] uzależnienie od narkotyków lub innych środków odurzających[ ] chory psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego [ ] długotrwale bezrobotny w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, [ ] zwalniany/a z zakładu karnego, mający/a trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej[ ] uchodźca realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej [ ] osoba niepełnosprawna, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych |
| **Czy jesteś osobą, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. osobą, która** | przebywa w pieczy zastępczejopuszcza pieczę zastępcząjest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych | **[ ] TAK [ ] NIE****[ ] TAK [ ] NIE****[ ] TAK [ ] NIE** |
| **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?** | **[ ] TAK [ ] NIE** **Jeśli TAK, podaj czy zostałeś/aś objęty/a działaniami towarzyszącymi****[ ] TAK [ ] NIE** **Jeśli TAK, podaj jakiego rodzaju działania towarzyszące zostały Ci udzielone****……………………………………………………………………………………………….………..** |
| **Czy brałeś/aś lub bierzesz obecnie udział w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską?** | **[ ] TAK [ ] NIE** **Jeśli TAK, podaj szczegółowe informacje****……………………………………………..…………………………………………...……………..****……………………………………………..…………………………………………………………..** |
| **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?** | **[ ] TAK [ ] NIE [ ] ODMOWA ODPOWIEDZI Jeśli TAK:****Ustalony stopień …………………………………………………………………….…………****Rodzaj niepełnosprawności/ symbol …………………………………………………****Ważność orzeczenia ………………………………………………………………………….** |
| **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** |  |
| Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „**Usługi społeczne dla seniorów. Edycja 3**” współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego na zasadach i warunkach wskazanych przez Realizatora. |
| 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) |
| 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. |
| Oświadczam, iż zostałem poinformowany/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. |
| Oświadczam, iż zapoznałem/am się z regulaminem projektu i nie wnoszę do niego zastrzeżeń. |
| Oświadczam, iż zapoznałem/am się z kryteriami oceny kandydatów/ek do udziału w projekcie i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. |
| Oświadczam, że spełniam kryteria udziału w projekcie. |
| 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: |  |