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

**(osoba niesamodzielna)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 osobą zarejestrowaną w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna?** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Czy jesteś osobą bierną zawodowo, tzn. osobą która pozostaje bez zatrudnienia i nie jest zarejestrowana w Urzędzie Pracy jako osoba bezrobotna lub poszukująca pracy?** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Czy jesteś osobą, która w tym tygodniu nie pracowała, jednocześnie aktywnie poszukuje pracy i jest gotowa 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 jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych ?** | | | | **[ ] 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 opiekuna faktycznego** | **Do udziału w projekcie wskazuję opiekuna faktycznego/opiekunów faktycznych**  **[ ] TAK [ ] NIE  Jeśli tak – proszę podać imię i nazwisko opiekuna faktycznego/opiekunów faktycznych:** | | | | |
| **Ocena sytuacji finansowej** | **Dostarczę dokumenty dotyczące mojej sytuacji finansowej, celem obliczenia ewentualnej odpłatności za usługi w ramach projektu?**  **[ ] TAK [ ] NIE**  **Jeśli NIE – przyjmuję do wiadomości, iż nie otrzymam dodatkowych 5 punktów w kryterium odnoszącym się do sytuacji finansowej kandydata/kandydatki do udziału w projekcie, a w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie ponosić będę odpłatność za usługi w ramach projektu** | | | | |
| **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. | | | | | |
| **Oświadczam, iż wyrażam zgodę na ocenę poziomu samodzielności w wykonywaniu czynności dnia codziennego.** | | | | | |

***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: |  |