|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OSOBY FIZYCZNEJ**  **DO PROJEKTU „****USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM”** | | | | |
| **Nr wniosku** | | | **FESL.07.04-IZ.01-05D0/23** | |
| **Nazwa Programu** | | | **Program Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027**  **Europejski Fundusz Społeczny Plus** | |
| **dane podstawowe uczestnika/ki** | | | | |
| **Imię/Imiona** | |  | | |
| **Nazwisko** | |  | | |
| **PESEL** (jeżeli osoba nie posiada proszę wpisać BRAK) | |  | | |
| **Rodzaj uczestnika** | | 🞏 Indywidualny  🞏 Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu | | |
| **Obywatelstwo** | | 🞏 obywatelstwo polskie  🞏 brak obywatelstwa polskiego - obywatel kraju UE  🞏 brak obywatelstwa polskiego lub UE | | |
| **Wykształcenie** | | 🞏 średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)  🞏 ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)  🞏 wyższe (ISCED 5-8) | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | |
| **Kraj zamieszkania** | |  | | |
| **Województwo** | |  | | |
| **Powiat** | |  | | |
| **Gmina** | |  | | |
| **Miejscowość** | |  | | |
| **Kod pocztowy** | |  | | |
| **Ulica i numer** | |  | | |
| **Telefon kontaktowy** | |  | | |
| **Adres e-mail** | |  | | |
| **Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu** | | | | |
| **Osoba obcego pochodzenia** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Osoba państwa trzeciego (poza UE)** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 odmowa podania informacji |
| **Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Osoba z niepełnosprawnościami (*należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)*** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE  🞏 odmowa podania informacji |
| **Specjalne potrzeby** | | | | |
| **Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ……………………………………… |
| **Zapewnienie tłumacza języka migowego?** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ……………………………………… |
| **Inne specjalne potrzeby** | | | | 🞏 TAK 🞏 NIE  Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ……………………………………… |
| **Status uczestnika/czki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu** | | | | |
| **Osoba bezrobotna** | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | |
| **w tym** | 🞏 osoba długotrwale bezrobotna  🞏 inne | | | |
| **Osoba bierna zawodowo** | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | |
| **w tym** | 🞏 osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  🞏 osoba ucząca się/odbywająca kształcenie  🞏 inne | | | |
| **Osoba pracująca** | 🞏 TAK 🞏 NIE | | | |
| **w tym** | 🞏 prowadząca działalność na własny rachunek  🞏 pracująca w administracji rządowej  🞏 pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)  🞏 pracująca w organizacji pozarządowej  🞏 pracująca w MMŚP  🞏 pracująca w dużym przedsiębiorstwie  🞏 pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą  🞏 pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)  🞏 pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)  🞏 pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty(kadra zarządzająca)  🞏 pracująca na uczelni  🞏 pracująca w instytucie naukowym  🞏 pracująca w instytucie badawczym  🞏 pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz  🞏 pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym  🞏 pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  🞏 osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej  🞏 inne…………………………………………………………………………………………………………… | | | |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie**

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie pod nazwą **„****USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM”** realizowanym przez KATOWICKIE STOWARZYSZENIE NA RZECZ OSÓB STARSZYCH, NIEPEŁNOSPRAWNYCH I OCZEKUJĄCYCH WSPARCIA "OPOKA" w partnerstwie z STOWARZYSZENIEM WSPÓŁPRACY REGIONALNEJ i FUNDACJĄ ANIMACJI SPOŁECZNEJ I EKONOMII SPOŁECZNEJ w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie 07.04-Usługi społeczne współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego FunduszuSpołecznego Plus.
2. Zostałem poinformowany/-a, że projekt „USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Udział w projekcie jest bezpłatny.
3. Uprzedzony/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym.
4. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu „USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM”
5. Oświadczam, że znane mi są zapisy „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM” oraz akceptuję jego postanowienia, w tym warunki uczestnictwa w projekcie.
6. Zobowiązuję się do udzielenia niezbędnych informacji oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych na potrzeby badań niezbędnych do prowadzenia ewaluacji i monitoringu projektu „USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM” (zgodnie z art. 7 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.).
7. Oświadczam, że w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w projekcie „USŁUGI OPIEKUŃCZE PREMIUM”, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus o tożsamym charakterze, w szczególności realizowanym w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie 07.04-Usługi społeczne.
8. Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji drogą elektroniczną (poczta e-mail) oraz drogą telefoniczną.

**.……………………............…………… ……………….……......………………………………… Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika/czki projektu\***

\*W przypadku gdy Podopieczny nie może samodzielnie podpisać dokumentu lub kontakt z nim jest ograniczony ustaleń dokonuje się z Opiekunem i Opiekun podpisuje formularz zgłoszeniowy.