

Złącznik nr 1 – do Regulaminu naboru i rekrutacji uczestników w projekcie pn. „Dzienny Dom Pomocy w Orli – Rozwój usług społecznych i zdrowotnych dla Seniora”.

Wypełnia biuro projektu	Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
--	--	--	--	--

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE pn. „Dzienny Dom Pomocy w Orli – Rozwój usług społecznych i zdrowotnych dla Seniora”

I CZĘŚĆ:

DANE UCZESTNIKA (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)	IMIĘ			
	NAZWISKO			
	PESEL		DATA URODZENIA	
	TELEFON KONTAKTOWY		E-MAIL (jeśli posiadasz)	
	POWIAT		GMINA	
	MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
	ULICA/ NR BUDYNKU / NR LOKALU			

II CZĘŚĆ – KRYTERIA OBLIGATORYJNE:

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA:

☐ mieszkam na terenie gminy Orli

☐ jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, tj. m.in. niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba.

III CZĘŚĆ – KRYTERIA PREMIOWANE:

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria premiowane (*Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferencyjnych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferencyjnych nadal możliwy jest udział w projekcie*). **W celu potwierdzenia spełnienia kryteriów premiowanych – na II etapie rekrutacji – zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie stosownych dokumentów potwierdzających zasadność przyznania dodatkowych punktów.**

Należą do grupy osób, które spełniają następujące kryteria premiowane:

- ☐ kryterium dochodowe - osoby, których dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, obowiązującego w pomocy społecznej art. 8 Ustawy o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.) - (*wymagane zaświadczenie*);
- ☐ osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki - (*weryfikacja - oświadczenie*);
- ☐ osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności - (*weryfikacja - zaświadczenie lub orzeczenie*);
- ☐ osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina) (*zaświadczenie z GOPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium*);
- ☐ osoby z niepełnosprawnością sprzężoną – (*weryfikacja - zaświadczenie, orzeczenie o niepełnosprawności*);

CZĘŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU

Proszę odpowiedzieć na pytanie:

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej?

☐ TAK ☐ NIE

CZĘŚĆ V - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie pn. „**Dzienny Dom Pomocy w Orli – Rozwój usług społecznych i zdrowotnych dla Seniora**” i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
miejscowość, data czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego*

VI CZĘŚĆ - Wypełnia Realizator projektu

WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY FORMULARZ REKRUTACYJNY	
Nazwa organizacji/instytucji	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	

Data rozpoczęcia udziału uczestnika w Projekcie	
--	--

STATUS UCZESTNIKA *Status społeczny kandydata:	
Osoba niesamodzielną i/lub niepełnosprawną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba niesamodzielną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)

- ☐ **Tak**
☐ **Nie**

Inne:

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KALIFIKUJE SIĘ/ WPISANO NA LISTĘ REZERWOWĄ* do wzięcia udziału w projekcie.

.....
.....
.....
.....
.....

podpisy komisji dokonującej rekrutacji uczestnika

.....

Miejscowość i data

* zaznaczyć właściwe odpowiedzi