

Załącznik Nr 2
do Zarządzenia Nr 1/2021
Kierownika Gminnego Ośrodka
Pomocy Społecznej w Orli
z dnia 20.04.2021 r.

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W PROJEKCIE

pn. „Wsparcie usługami społecznymi w miejscu zamieszkania – gmina Orla”

(DOTYCZY OSÓB WYRAŻAJĄCYCH CHĘĆ UCZESTNICTWA W KURSIE :
„Asystent osoby zależnej z modułem udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej”)

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 – MINIMALNE WARUNKI UDZIAŁU W PROJEKCIE (kryteria włączenia):

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 Orla
- ☐ Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej GOPS Orla
- ☐ Nie pracuję, jestem zagrożona wykluczeniem społecznym z co najmniej jednego powodu spośród wskazanych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej
- ☐ Jestem osobą o zbyt niskich lub nieadekwatnych kwalifikacjach zawodowych na otwartym rynku pracy

III CZĘŚĆ – KRYTERIA PREMIUJĄCE (kryteria preferowane)

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

Należę do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem:

- ☐ osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (dokument potwierdzający spełnienie kryterium).
- ☐ Osoby z niepełnosprawnościami (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)
- ☐ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 (współwystępowanie różnych przesłanek) Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020 (zaświadczenie z GOPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)
- ☐ Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaświadczenie z GOPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)
- ☐ Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych, o których mowa w Wytycznych w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 (zaświadczenie z GOPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium)

IV CZĘŚĆ - INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU

Proszę odpowiedzieć na pytanie:

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

☐ TAK

☐ NIE

V CZĘŚĆ - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Wsparcie usługami społecznymi w miejscu zamieszkania – gmina Orla” i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;

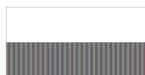
2. Zapoznałam/zapoznałem się z **Regulamin naboru i rekrutacji uczestników w projekcie pn. „Wsparcie usługami społecznymi w miejscu zamieszkania – gmina Orla”**, akceptuję jego zapisy i zobowiązuję się do jego przestrzegania;
3. Spełniam kryteria kwalifikowalności, o których mowa w **Regulaminie**, uprawniające mnie do udziału w ww. projekcie;
4. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
5. 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, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	☐ Tak ☐ Nie
Osoba niesamodzielna zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	☐ Tak ☐ Nie
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:	☐ Tak ☐ Nie
W tym osoba długotrwale bezrobotna:	☐ Tak ☐ Nie



Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji UP:	☐ Tak ☐ Nie
W tym osoba długotrwale bezrobotna	☐ Tak ☐ Nie
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)	☐ Tak ☐ Nie
Inne:	

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KWALIFIKUJE SIĘ* do wzięcia udziału w projekcie.

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

podpisy komisji dokonującej rekrutacji uczestnika

.....
Miejscowość i data

* zaznaczyć właściwe odpowiedzi