

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO REGULAMINU

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego”

Prosimy uzupełnić czytelnie drukowanymi literami lub komputerowo, wstawić znak „x” w wybrane pola.

Zakres zgodnie z załącznikiem nr I do Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. U. UE. z 2013 r. L 347/470):

WSPARCIE OSOBY NIESAMODZIELNEJ

| | Lp. | Nazwa | |
|----------------------------|-----|---|--|
| Dane uczestnika | 1 | Imię | |
| | 2 | Nazwisko | |
| | 3 | PESEL | |
| | 4 | Kraj | |
| | 5 | Rodzaj uczestnika | |
| | 6 | Nazwa Instytucji | |
| | 7 | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| | 8 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| | 9 | Wykształcenie | |
| Dane kontaktowe uczestnika | 10 | Województwo | |
| | 11 | Powiat | |
| | 12 | Gmina | |
| | 13 | Miejscowość | |
| | 14 | Ulica | |
| | 15 | Nr budynku | |
| | 16 | Nr lokalu | |
| | 17 | Kod pocztowy | |
| | 18 | Telefon kontaktowy | |

Projekt „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego” współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Hospicjum św. Ojca Pio, ul. Marii Skłodowskiej-Curie 1, 43-200 Pszczyzna, KRS: 0000130935, NIP: 6381523665, tel/fax: 32 738-62-62, www.hospicjumojcapio.pless.pl, email: pio@hospicjumojcapio.pless.pl

| | | | |
|---|----|--|--|
| | 19 | Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna faktycznego | |
| | 20 | Adres e-mail | |
| Szczegóły – status osoby na rynku pracy | 21 | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, wykonywany zawód:, zatrudniona w:..... | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | 22 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | |
| | 23 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |
| | 24 | Osoba z niepełnosprawnościami | |
| | 25 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | |
| | 26 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu | |

Proszę podać: dochód przekracza / nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

O szczegółowym zakresie wsparcia zadecyduje zespół opieki, po zakwalifikowaniu się Uczestnika do projektu

1. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y że projekt „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do udziału w projekcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.
5. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem**, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu i działalności Hospicjum Św. Ojca Pio.
6. Deklaruję, iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego” .
7. Deklaruję, iż wraz ze mną ze wsparcia projektowego korzystać będzie: Pani/Pan:

.....
będąca/będący dla mnie członkiem rodziny/opiekunem faktycznym.

Powyższe potwierdzam własnoręcznym podpisem * :

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis Uczestnika)

WSPARCIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Prosimy o wypełnienie poniższych danych opiekuna faktycznego.

| | Lp. | Nazwa | |
|---|-----|---|--|
| Dane uczestnika | 1 | Imię | |
| | 2 | Nazwisko | |
| | 3 | PESEL | |
| | 4 | Kraj | |
| | 5 | Rodzaj uczestnika | |
| | 6 | Nazwa Instytucji | |
| | 7 | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| | 8 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| | 9 | Wykształcenie | |
| Dane kontaktowe uczestnika | 10 | Województwo | |
| | 11 | Powiat | |
| | 12 | Gmina | |
| | 13 | Miejscowość | |
| | 14 | Ulica | |
| | 15 | Nr budynku | |
| | 16 | Nr lokalu | |
| | 17 | Kod pocztowy | |
| | 18 | Telefon kontaktowy | |
| | 19 | Telefon kontaktowy do rodziny/opiekuna faktycznego | |
| | 20 | Adres e-mail | |
| Szczegóły – status osoby na rynku pracy | 21 | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w | |

| | | | |
|---|----|---|--|
| | | <p>ewidencji urzędów pracy</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca, wykonywany zawód:,</p> <p>zatrudniona w:.....</p> | |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | 22 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | |
| | 23 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | |
| | 24 | Osoba z niepełnosprawnościami | |
| | 25 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione) | |
| | 26 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu | |

1. Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Hospicjum w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie.
2. Oświadczam, iż zostałam/em poinformowana/y że projekt „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie Projektu oraz zobowiązuje się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do udziału w projekcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się je przestrzegać.

5. Oświadczam, iż **wyrażam zgodę na wykorzystywanie zdjęć i filmów z moim wizerunkiem**, wykonywanych podczas działań realizowanych w ramach przedmiotowego projektu do celów promocyjnych tego projektu i działalności Hospicjum Św. Ojca Pio.
6. Deklaruję iż spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie „Rozwój usług społecznych na terenie powiatu pszczyńskiego” .

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Opiekuna faktycznego)