

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
pn. „Aktywni seniorzy Klubu Seniora w Paliwodziźnie”**

Wypełniając formularz zgłaszam swój udział w projekcie „Aktywni seniorzy Klubu Seniora w Paliwodziźnie” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego 2014 – 2020; Oś priorytetowa: 9. Solidarne społeczeństwo; Działanie: 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych; Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Rekrutacja do projektu odbywa się zgodnie z Regulaminem projektu dostępnym w biurze projektu pod adresem: Urząd Gminy Golub-Dobrzyń, Pl. 1000-lecia 25 oraz na stronie internetowej Urzędu Gminy Golub-Dobrzyń: www.uggolub-dobryzn.pl.

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE			
Imię (imiona)		Data urodzenia	
Nazwisko		PESEL	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu		Płeć	K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
ADRES ZAMIESZKANIA¹			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo	Kujawsko-Pomorskie		
Telefon			
Adres e-mail			

¹ Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



Poziom wykształcenia – proszę zaznaczyć X posiadane wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWAŚNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)	
Imię i nazwisko	
Adres zamieszkania	
Nr telefonu	
Adres e-mail	
OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI - KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE	
Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia* w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności (na potwierdzenie czego do formularza załączam kopię aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	W przypadku zaznaczenia TAK należy dołączyć do formularza orzeczenie o niepełnosprawności
Oświadczam, że spełniam definicję osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu* z powodu stanu zdrowia tj. choroby/ niepełnosprawności (podkreślić właściwe)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>*Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.</i>
	W przypadku zaznaczenia TAK należy podać rodzaj choroby
Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Golub-Dobrzyń, woj., kujawsko-pomorskie.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą w rodzinie, gdzie rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



- osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;
- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;
- osoby przebywające w pieczy zastępczej, w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;
- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);
- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);
- osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;
- członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;
- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego;
- osoby korzystające z PO PŻ.

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI – kryteria punktowane

Oświadczam, że:	Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe	Przyznano punkty – wypełnia Komisja rekrutacyjna
a) Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego ² <i>(beneficjent zastrzega sobie prawo do zweryfikowania tego kryterium w oparciu o zaświadczenie z GOPS)</i> <i>(kryterium punktowane - 5 pkt.)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Przyznano pkt
b) jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. <i>(kryterium punktowane - 5 pkt.)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK – proszę dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.	Przyznano pkt
c) jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną/z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <i>(kryterium punktowane - 5 pkt.)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK – proszę dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza.	Przyznano pkt

² Odpowiedz TAK zaznaczyć należy tylko w przypadku wskazania więcej niż jednej z przesłanej wykluczenia społecznego w tabeli na stronie 2 i 3



<p>d) korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina) i zakres tego wsparcia nie jest tożsamy ze wsparciem w projekcie „Aktywni seniorzy Klubu Seniora w Paliwodziźnie” <i>(beneficjent zastrzega sobie prawo do zweryfikowania tego kryterium w oparciu o dokument potwierdzający korzystanie z POPŻ)</i> <i>(kryterium punktowane - 10 pkt.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Przyznano pkt</p>
<p>e) zamieszkuję na obszarze objętym programem rewitalizacji uwzględnionym w wykazie programów rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO zgodnie z Wytycznymi w zakresie rewitalizacji w programach operacyjnych na lata 2014-2020 <i>(kryterium punktowane - 5 pkt.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Przyznano pkt</p>
<p>f) mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej <i>(beneficjent zastrzega sobie prawo do zweryfikowania tego kryterium w oparciu o dokumenty np. PIT, potwierdzenie dochód z renty/emerytury, wywiad w GOPS)</i> <i>(kryterium punktowane - 31 pkt.)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>Przyznano pkt</p>
<p>Razem przyznano</p>		<p>łącznie pkt</p>

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA:

Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy:

- Tak, w tym:
 osoba długotrwale bezrobotna inne
- Nie dotyczy

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy:

- Tak, w tym:
 osoba długotrwale bezrobotna inne
- Nie dotyczy



Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „X” w każdym właściwym miejscu)

Osoba bierna zawodowo³:

- Tak, w tym:
 - osoba pobierająca rentę/emeryturę
 - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
 - osoba ucząca się
 - inne

- Nie dotyczy

Osoba pracująca:

- Tak, w tym:
 - osoba pracująca w administracji rządowej
 - osoba pracująca w administracji samorządowej
 - osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 - osoba pracująca w MMŚP
 - osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 - osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 - inne

- Nie dotyczy

³ Osoby bierne zawodowo - osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotni). Są to osoby posiadające wyłącznie własne niezarobkowe źródło utrzymania lub pozostające na utrzymaniu innych osób. Do grupy tej należą: emeryci, renciści, osoby uczące się osoby, które zaniechały poszukiwania pracy ze względu na zniechęcenie bezskutecznością poszukiwania pracy oraz inne powody, w tym osobiste lub rodzinne.



Dodatkowe informacje dotyczące kandydata/kandydatki *

Oświadczam, że :

a) Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

tak nie odmowa podania informacji

b) Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

tak nie odmowa podania informacji

c) Jestem osobą z niepełnosprawnościami:

tak nie odmowa podania informacji

d) Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż w.w., w tym np. zamieszkanie na terenach wiejskich):

tak nie odmowa podania informacji

* - właściwie proszę zaznaczyć znakiem: „X”

Oświadczam, że:	
Nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.	
Akceptuję REGULAMIN REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pt. „Aktywni seniorzy Klubu Seniora w Paliwodziźnie”, którego treść jest mi znana.	
Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.	
Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Urząd Gminy w Golubiu-Dobrzyniu w sytuacji zmiany jakichkolwiek ze wskazanych powyżej danych.	
..... Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna prawnego

Wypełnione dokumenty należy złożyć w Biurze Projektu: Urząd Gminy Golub-Dobrzyń, Pl.1000-lecia 25



KARTA KWALIFIKACYJNA (Wypełnia Komisja Rekrutacyjna)

Na podstawie przeprowadzonego procesu rekrutacji oraz przedstawionych dokumentów

Komisja Rekrutacyjna w dniu
przyznała kandydatowi/ kandydatcepkt

kwalifikuje

nie kwalifikuje

Imię i nazwisko:

do udziału w projekcie pt. „Aktywni seniorzy Klubu Seniora w Paliwodziźnie”

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:

1. Przewodniczący Komisji

2. Członek Komisji

.....

.....