**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**DO UDZIAŁU W PROJEKCIE   
pt. „Aktywny senior-warsztaty dla seniorów w miejscowości Ostrowite”**

Wypełniając formularz zgłaszam swój udział w projekcie pt. **„Aktywny senior-warsztaty dla seniorów w miejscowości Ostrowite”** w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego 2014 – 2020;  
Oś priorytetowa: 11. Rozwój lokalny kierowany przez społeczność, Działanie: 11.1 Włączenie społeczne na obszarach objętych LSR 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.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | | | Data urodzenia |  |
| Nazwisko |  | | | | PESEL |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | Płeć | K 🗆 M 🗆 |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | |
| Numer domu |  | | | | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | | | | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | | | | Powiat |  |
| Województwo | Kujawsko-Pomorskie | | | | | |
| Telefon |  | | | | | |
| Adres e-mail | |  | | | | |
| Poziom wykształcenia –proszę zaznaczyć X posiadane wykształcenie | | |  | | --- | | 🞏 Niższe niż podstawowe  🞏 Podstawowe  🞏 Gimnazjalne  🞏 Ponadgimnazjalne  🞏 Policealne  🞏 Wyższe | | | | | |
| **DANE OPIEKUNA PRAWNEGO W PRZYPADKU OSOBY UBEZWŁASNOWOLNIONEJ (JEŚLI DOTYCZY)** | | | | | | |
| Imię i nazwisko | |  | | | | |
| Adres zamieszkania | |  | | | | |
| Nr telefonu | |  | | | | |
| Adres e-mail | |  | | | | |
| **OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI - KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE** | | | | | | |
| **Oświadczam, że** | | | | | **Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe** | |
| Jestem osobą zamieszkującą na terenie gminy Golub-Dobrzyń | | | | | TAK  NIE | |
| Jestem osobą w wieku 60+ | | | | | TAK  NIE | |
| Oświadczam, że jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym **(proszę zaznaczyć wszystkie właściwe spośród wskazanych poniżej przesłanek zagrożenia /wykluczenia społecznego):** | | | | | TAK  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. | | | | | | | |
| Przyznano punkty – wypełnia Komisja rekrutacyjna | | | | Przyznano ………. pkt | | |
| **OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI – kryteria punktowane** | | | | | | |
| Oświadczam, że: | | | **Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe** | | | **Przyznano punkty – wypełnia Komisja rekrutacyjna** |
| 1. Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego[[2]](#footnote-2)   *(beneficjent zastrzega sobie prawo do zweryfikowania tego kryterium w oparciu o zaświadczenie z GOPS)*  *(kryterium punktowane -5 pkt.)* | | | TAK  NIE | | | Przyznano ………. pkt |
| 1. jestem osobą niepełnosprawną ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.   *(kryterium punktowane -5 pkt.)* | | | TAK  NIE  Jeśli TAK –proszę dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | | | Przyznano ………. pkt |
| 1. jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną / z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi   *(kryterium punktowane -5 pkt.)* | | | TAK  NIE  Jeśli TAK –proszę dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza | | | Przyznano ………. pkt |
| 1. korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa (indywidualnie lub jako rodzina) i zakres tego wsparcia nie jest tożsamy ze wsparciem w projekcie .„Aktywni seniorzy Klubu Seniora w Paliwodziźnie”   *(beneficjent zastrzega sobie prawo do zweryfikowania tego kryterium w oparciu o dokument potwierdzający korzystanie z POPŻ)*  *(kryterium punktowane -10 pkt.)* | | | TAK  NIE | | | Przyznano ………. pkt |
| 1. 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   *(kryterium punktowane -5 pkt.)* | | | TAK  NIE | | | Przyznano ………. pkt |
| 1. zamieszkuję we wsi Ostrowite | | | TAK  NIE | | | Przyznano ………. pkt |
| Razem przyznano | | | Łącznie …………. pkt |

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:** |
| Nie biorę udziału w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. |
| Akceptuję REGULAMIN REKRUTACJI i UCZESTNICTWA W PROJEKCIE pt. „Aktywny senior-warsztaty dla seniorów w miejscowości Ostrowite”, 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.**  Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).  ………………………………….. …………………………………………...............  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/ kandydatce ………………pkt

 kwalifikuje  nie kwalifikuje

Imię i nazwisko …………………………………………………………………………….

do udziału w projekcie pt. **„Aktywny senior-warsztaty dla seniorów w miejscowości Ostrowite”**

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej

1. Przewodniczący Komisji 2. Członek Komisji

…………………………………. ……………………………………

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. [↑](#footnote-ref-1)
2. [↑](#footnote-ref-2)