



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

*Zał. nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pt. „Rozwój Klubów Seniora na terenie Gminy Osiek Jasielski”*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.
„Rozwój Klubów Seniora na terenie Gminy Osiek Jasielski”**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie” dostępnym na stronie internetowej <https://www.osiekjasielski.pl/> lub w Biurze Projektu.

Informacje wypełniane przez podmiot przyjmujący formularz	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

UWAGA:

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole znaku: **X**

WYBÓR LOKALIZACJI KLUBU SENIORA:

- Samokłęski,
- Osiek Jasielski,
- Świerchowa.

1	Imię i Nazwisko		
2	PESEL		
3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna	
4	Adres zamieszkania	Kraj	
		Województwo	
		Powiat	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
	Nr lokalu		
	Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
5	Telefon kontaktowy		
	Adres e-mailowy <i>(jeżeli uczestnik projektu posiada)</i>		
6	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
7	Status osoby na rynku pracy:	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (<i>zaznaczyć właściwe</i>): <input type="checkbox"/> Bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Bierna zawodowo <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	

		<p><input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
	<p>Dodatkowe informacje</p>	<p>Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi</p> <p>Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane takich jak Romowie) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi</p> <p>Jestem osobą obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Jestem osobą z krajów trzecich <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>

Ja niżej podpisany/a pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że:

- zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie i akceptuję jego warunki;
- zamieszkuję na terenie gminy wiejskiej Osiek Jasielski,
- jestem osobą w wieku 60 lat i więcej i zobowiązuję się do okazania dowodu osobistego do wglądu na etapie rekrutacji,
- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność (do formularza konieczne jest dołączenie oryginału zaświadczenia lekarza wg wzoru będącego załącznikiem do dokumentacji rekrutacyjnej)
- spełniam kryteria dodatkowe premiowane do udziału projekcie tj.:

a) jestem osobą samotną zamieszkującą i prowadzącą gospodarstwo domowe

TAK NIE

b) posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam kserokopię orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, a w przypadku osób z chorobami psychicznymi także zaświadczenie lekarskie),

TAK NIE

Jeśli TAK to proszę wskazać konkretnie w/w grupę (stopień znaczny lub umiarkowany niepełnosprawności, niepełnosprawność sprzężona, osoba z chorobami psychicznymi, niepełnosprawność intelektualną, całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z definicją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10):

.....
c) posiadam dochód na osobę w rodzinie/osobę samotnie gospodarującą w wysokości miesięcznej zł

TAK NIE

d) korzystam z Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie GOPS w Osieku Jasielskim),

TAK NIE

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że zostałam/łem poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechniania mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – Gminę Osiek Jasielski oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.
2. Zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www.osiekjasielski.pl, w gazetach i w Internecie itp.
3. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowić naruszenia moich dóbr osobistych.

Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że dostarczę najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:

- a) Deklaracje udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
- b) Oświadczenie Uczestnika projektu dotyczące danych osobowych, zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami, proszę o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić:

.....
.....

NR	WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:	DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Oryginał zaświadczenia lekarskie stwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie z GOPS o korzystaniu z FE PŻ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Data

.....
Podpis osoby składającej zgłoszenie do udziału w projekcie