**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NAZWA PROJEKTU: „Polityka Senioralna EFS+”.**

Projekt realizowany w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027 nr projektu FELU.08.05-IZ.00-001/23. Działania w celu zwiększenia równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług. Projekt ten jest realizowany na terenie Województwa Lubelskiego jako projekt partnerski. Partnerzy: ROPS Lublin, Gmina Wisznice, Gmina Miejska Hrubieszów, Miasto Chełm, Gmina Dzwola, Gmina Modliborzyce, Gmina Łopiennik Górny, Miasto Krasnystaw, Gmina Gościeradów, Gmina Urzędów, Gmina Jastków, Gmina Wojciechów, Gmina Wólka, Miasto Łuków, Gmina Stoczek Łukowski, Gmina Wojcieszków, Gmina Miejska Świdnik, Gmina Lubycza Królewska, Gmina Krynice, Miasto Tomaszów Lubelski, Gmina Komarów – Osada, Gmina Rachanie, Gmina Leśniowice, Gmina Niedrzwica Duża, Gmina Sitno, Gmina Trzydnik Duży, Gmina Wilkołaz, Gmina Potok Wielki, Gmina Szastarka, Gmina Tarnawatka, Gmina Telatyn, Gmina Ryki, Gmina Żmudź, Gmina Kurów, Gmina Krasnobród, Gmina Lublin.

|  |
| --- |
| **Należy wypełnić drukowanymi literami.** |

**DANE OSOBY ZGŁOSZONEJ** **DO UDZIAŁU**

 **W PROJEKCIE „POLITYKA SENIORALNA EFS+”**

|  |
| --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |
|  |
| **PESEL** |
|  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
|  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **STATUS OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROJEKTU:** |
|  senior 65 lat i więcej pracownik/osoba zamierzająca podjąć pracę opiekun faktyczny inne: |
| Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | spełnia | nie spełnia |
| Opiekun faktyczny (nieformalny)  |  |  |
| Osoba z niepełnosprawnością – orzeczenie o niepełnosprawności. |  |  |
| Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. |  |  |
| Osoba wykluczona komunikacyjnie  |  |  |
| Otoczenie osób dotkniętych/zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym. |  |  |
| Opiekun faktyczny -  |  |  |
| Osoba narażona na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywająca w instytucjach całodobowych. |  |  |
| Kadra realizująca działania w obszarze usług społecznych |  |  |
| Migrant lub jego otoczenie |  |  |
| Otoczenie (m.in. rodzina, środowisko lokalne stanowią osoby z niepełnosprawnościami |  |  |
| Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym. |  |  |
| Osoba leżąca |  |  |
| Osoba niesamodzielna  |  |  |
| Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa FE PŻ |  |  |
| Osoba zamieszkująca samotnie |  |  |

…………………………… ………………………………………..

Miejscowość i data Podpis kandydata

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „Polityka Senioralna EFS+”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
2. Oświadczam, że:
* Zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.
1. Powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

…………………………… ………………………………………..

Miejscowość i data Podpis kandydata