**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**NAZWA PROJEKTU: Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych
w Gminie Wólka.**

Projekt realizowany w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027 nr projektu FELU.08.05-IZ.00-0027/24. Działania w celu zwiększenia równego
i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług.

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

**DANE OSOBY ZGŁOSZAJĄCEJ CHĘĆ** **UDZIAŁU**

 **W PROJEKCIE Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych w Gminie Wólka .**

|  |
| --- |
| **IMIĘ I NAZWISKO** |
|  |
| **PESEL** |
|  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA (KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR DOMU/MIESZKANIA)** |
|  |
| **TELEFON** | **E-MAIL** |
|  |  |
| **STATUS OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROJEKTU:**Proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach |
|  osoba do 65 roku życia potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu pracownik/osoba zamierzająca podjąć pracę na rzecz osób do 65 roku życia potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu opiekun faktyczny – formalny/nieformalny osoby do 65 roku życia potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu |
| **OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ** Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu |

|  |  |
| --- | --- |
| **KRYTERIA OBLIGATORYJNE** | **spełnia** |
| Opiekun faktyczny (nieformalny) – opiekun osoby niesamodzielnej  |  |
| Osoba z niepełnosprawnością  |  |
| 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 osoby z niepełnosprawnościami (m.in. rodzina, środowisko lokalne)  |  |
| Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym |  |
| **KRYTERIA PUNKTOWE**  | **spełnia** |
| 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 zapoznałam/-em się z **REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych w Gminie Wólka oraz akceptuję jego postanowienia.**
2. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu Rozwój
i deinstytucjonalizacja usług społecznych w Gminie Wólkaspełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. **Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, stanowiącymi załączniki nr 2a i 2b do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE Rozwój i deinstytucjonalizacja usług społecznych w Gminie Wólka.**
5. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

…………………………… ………………………………………..

Miejscowość i data Podpis kandydata

 **Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego**

Miejscowość i data……………………………

**Oświadczenie kandydata**

Ja niżej podpisany/na …………………………………………………………………

**Oświadczam, że:**

Jestem osobą /odpowiednie podkreślić/:

1. **TAK / NIE** zamieszkującą na terenie województwa lubelskiego,
2. **TAK / NIE** potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
3. **TAK / NIE** wykluczoną komunikacyjnie,
4. **TAK / NIE** sprawującą opiekę nad osobą niesamodzielną,
5. **TAK / NIE** zotoczenia osoby dotkniętych/zagrożonych ubóstwem
i wykluczeniem społecznym,
6. **TAK / NIE** z otoczenia osoby z niepełnosprawnościami,
7. **TAK / NIE** osobą leżącą,
8. **TAK / NIE** osobą niesamodzielną,
9. **TAK / NIE** osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa,
10. **TAK / NIE** osobą zamieszkującą samotnie,

……………………………

Miejscowość i data

………………………………………..

Podpis kandydata