FORMULARZ ZGŁOSZENIA

Projekt „Usługi społeczne w formie opiekuńczej, wytchnieniowej i asystenckiej na rzecz społeczności lokalnej,” realizowany przez Gminę Siechnice.

|  |
| --- |
| DANE UCZESTNIKA PROJEKTU  |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko  |    |
| 2. PESEL  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3. Data urodzenia  |   |
| 4. Płeć  | c Kobieta c Mężczyzna  | 5. Wiek  | .................……………… lat  |
|     6. Adres zamieszkania  | Województwo:  |
| Powiat:  |
| Gmina:  |
| Miejscowość:  |
| Obszar: c Miasto c Wieś  |
|  Ulica: nr budynku: nr lokalu:  |
| Kod pocztowy:  |
| 7. Telefon kontaktowy  |   |
| 8. E-mail  |   |
| 9. Wykształcenie | c Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2 ) |
| c Gimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) |
| c Wyższe (ISCED 5-8) |
| 10. Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu            | c Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, c Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy  W tym długotrwale bezrobotna:  cTAK c NIE  Osoba długotrwale bezrobotna to osoba: bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (w przypadku osób poniżej 25 roku życia), bezrobotna nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (w przypadku osób powyżej 25 roku życia)  c osoba bierna zawodowo, w tym:  c oświadczam, że planuję wejście/powrót na rynek pracy   c oświadczam, że nie planuję wejścia/powrotu na rynek pracy   |

|  |  |
| --- | --- |
|      11. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu  | Osoba z krajów trzecich (osoba posiadająca obywatelstwo spoza Unii Europejskiej) cTAK c NIE c ODMOWA PODANIA DANYCH  Osoba obcego pochodzenia (cudzoziemiec) cTAK c NIE c ODMOWA PODANIA DANYCH  Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie cTAK c NIE c ODMOWA PODANIA DANYCH  Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań c TAK c NIE  Osoba korzystająca z FE Pomoc Żywnościowa c TAK c NIE  Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (m.in. osoby zamieszkujące obszary wiejskie – DEGURBA3)  c TAK c NIE  Osoba zamieszkująca samotnie  c TAK c NIE  |
|     12. Oświadczenia Uczestnika               |  Oświadczam, że posiadam orzeczenie o niepełnosprawności c TAK c NIE c ODMOWA PODANIA DANYCH Jeżeli tak, proszę zaznaczyć stopień niepełnosprawności  c osoba z orzeczonym lekkim stopniem niepełnosprawności lub równoważnym c osoba z orzeczonym umiarkowanym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym c osoba z orzeczonym znacznym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym  Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/lub niepełnosprawnością intelektualną   c TAK c NIE  Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi lub całościowymi zaburzeniami rozwojowymi   c TAK c NIE  |
|     13. Oświadczenie          | c Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gminę Siechnice/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Siechnicach moich danych osobowych zawartych w formularzu rekrutacyjnym w celu wzięcia udziału w projekcie w projekcie „Usługi społeczne w formie opiekuńczej, wytchnieniowej i asystenckiej na rzecz społeczności lokalnej,” współfinansowanym z Funduszy Europejskich dla Dolnego Śląska na lata 20212027. Jednocześnie informuję, że zapoznałam/zapoznałem się z obowiązkiem informacyjnym wynikającym z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), RODO. c Oświadczam, że obecnie nie uczestniczę w innych projektach z zakresu świadczenia usług społecznych (EFS+ /FST) realizowanych w typach operacji: 9.1 A i B, 7.7 (A, B, C, D) i 7.10 (A, B, C, D) obejmujących formy wsparcia jednakowe jak w niniejszym projekcie.c Oświadczam, że zapoznałem/-am i akceptuję Regulamin naboru do projektu, w tym warunki rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.  |
| 14. Data i miejsce sporządzenia formularza  |   |
|   15. Podpis Uczestnika / opiekuna prawnego |   |