



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Klub Seniora – wsparcie dla osób 60+ z gminy Miasteczko Śląskie**”
FESL.07.04-IZ.0105F1/23 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)			
Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „**Klub Seniora – wsparcie dla osób 60+ z gminy Miasteczko Śląskie**”

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
IMIĘ	
NAZWISKO	

1. **Dane osobowe Uczestnika** (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć **x**)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:
Nazwisko:
PESEL:



Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)
Wykształcenie: <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
Województwo:
Powiat:
Gmina:
Miejscowość:
Ulica:
Nr budynku:
Nr lokalu:
Kod pocztowy:
Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:
SZCZEGÓŁY WSPARCIA
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO



PROJEKTU (należy wybrać właściwe)		
OSOBA BIERNA ZAWODOWO tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną		
W TYM	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU	
W TYM	OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
W TYM	INNE	
OSOBA BEZROBOTNA - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
OSOBA PRACUJĄCA		
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ	



	(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ	
W TYM	INNE	
Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) (dotyczy tylko osób zatrudnionych)		
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		



<p>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów</p>	TAK		NIE	
<p>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec</p>	TAK		NIE	
<p>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie</p>	TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI	NIE	
<p>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące</p>	TAK		NIE	



<p>długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie (wspierane);</p> <p>3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;</p> <p>4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie</p>				
---	--	--	--	--



ma możliwości zamieszkania.					
<p>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</p>	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMAC JI	NIE	
<p>Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>					
<p>Osoba z zaburzeniami psychicznymi:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>					
<p>Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>					



Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:

- Tak
- Nie

Osoba z zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10:

- Tak
- Nie

Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:

- Tak
- Nie

Osoba samotnie zamieszkująca:

- Tak
- Nie

Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione jak powyżej):

- Tak
- Nie

Jeśli tak, proszę podać w jakiej:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Specjalne potrzeby dot. barier w otoczeniu (np. architektoniczne, komunikacyjne, poznawcze, cyfrowe, przestrzenne):

.....

.....

.....

.....

.....

**Miejscowość, data****czytelny podpis****2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/tki (zaznaczyć składane dokumenty):**

<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań (jeśli dotyczy)		
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
<input type="checkbox"/> Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		
<input type="checkbox"/> inny dokument (jaki?)		
.....		
.....		

3. Wniosek Kandydata/tki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać:

1.	Usługi opiekuńcze w Klubie Seniora	<input type="checkbox"/>
----	------------------------------------	--------------------------

4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:

1.	Teleopieka	<input type="checkbox"/>
----	------------	--------------------------

5. Oświadczenia Kandydata/tki**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. mieszkam na terenie gminy Miasteczko Śląskie.
 2. jestem osobą niesamodzielną w zakresie co najmniej 1 z codziennych czynności, wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
- W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.



3. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.
5. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.

.....

.....

Miejscowość, data

czytelny podpis



Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, o numerzewydane przez w dniu, na okres.....które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego



Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisana, oświadczam, że jestem kobietą .

.....
Data i podpis Kandydatki lub Opiekuna faktycznego

6. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu

.....
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Posiadanie orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności sprzężonej - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Posiadanie orzeczenia o chorobie psychicznej – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Posiadanie orzeczenie o niepełnosprawności intelektualnej – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Posiadanie orzeczenia o całościowych zaburzeniach rozwojowe zgodnie z ICD10 – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Osoba korzystająca z programu FE PŻ (oświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Osoba zamieszkująca samotnie (oświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Płeć – kobieta (notatka służbowa na podstawie okazanego dokumentu tożsamości) – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suma uzyskanych punktów:		pkt.



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji