**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do udziału w projekcie „Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej - Dzienny Dom Pobytu dla osób niesamodzielnych z powiatu inowrocławskiego i mogileńskiego”**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE** |
| Imię (imiona) i nazwisko |  |
| Data urodzenia |  | Miejsce urodzenia |  |
| Obywatelstwo |  | Płeć  |  Kobieta Mężczyzna |
| PESEL |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA[[1]](#footnote-1)** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI[[2]](#footnote-2)** |
| Ulica |  |
| Numer domu |  | Numer lokalu |  |
| Miejscowość |  | Kod pocztowy |  |
| Gmina |  | Powiat |  |
| Województwo |  |
| Telefon stacjonarny |  | Telefon komórkowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **DANE OSOBY ZALEŻNEJ UCZETNICZĄCEJ W PROJEKCIE** |
| Imię i nazwisko  |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Nr telefonu |  |
| Adres e-mail |  |
| **INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE** |
| Wykształcenie(proszę zaznaczyć właściwe) |  Wyższe  Policealne  Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum) Gimnazjalne (gimnazjum) Niższe niż podstawowe (nie ukończona szkoła podstawowa) Podstawowe (szkoła podstawowa) |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: |  osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy |
|  osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy |
|  osoba bierna zawodowo, |
|  osoba bierna zawodowo ucząca się |
|  osoba pracująca/proszę podać wykonywany zawód i miejsce pracy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  osoba bierna zawodowo nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
|  |
| Status uczestnika: | Zaznacz x właściwą opcje | TAK | NIE |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia |  |  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |  |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami |  |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących |  |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu |  |  |
| Osobą żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu |  |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej |  |  |
| Uczestnik/uczestniczka projektu jest osobą niesamodzielną: | *Kategoria* | Proszę zaznaczyć wszystkie właściwe | *UWAGA!**Wymagane zaświadczenie. Proszę wpisać nazwę załączonego dokumentu potwierdzającego spełnienie kryterium* |
| korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 |  |  |
| **OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE** |
| **Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią umowy na udział w projekcie „Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej - Dzienny Dom Pobytu dla osób niesamodzielnych z powiatu inowrocławskiego i mogileńskiego” oraz akceptuję jej zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.** |
|  ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna |
| **Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej - Dzienny Dom Pobytu dla osób niesamodzielnych z powiatu inowrocławskiego i mogileńskiego”, a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Centrum Medyczne SIR MED Sp. z o.o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.** |
|  ………………………………….. ………………………………………… Miejscowość i data Podpis kandydata/opiekuna  |

**WNIOSEK OSOBY NIESAMODZIELNEJ O OBJĘCIE PROJEKTEM OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

Ja niżej podpisany………………………………………….., będąca/będący uczestnikiem projektu „Przyjazne miejsce w społeczności lokalnej - Dzienny Dom Pobytu dla osób niesamodzielnych z powiatu inowrocławskiego i mogileńskiego” wnioskuję o udział w projekcie mojego opiekuna faktycznego/opiekunki faktycznej …………………………………………………………..

…………………………………………………………………

Data, podpis

1. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Należy wypełnić w przypadku, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania [↑](#footnote-ref-2)