**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)