……………………………………………………………….

(data i godzina wpływu oraz podpis osoby przyjmującej)

**FORULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**„Postaw na rodzinę”** w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego 2014-2020 dla Osi Priorytetowej IX. Włączenie społeczne dla Działania 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla Poddziałania 9.2.1. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych.

Formularz zgłoszeniowy kandydata/ki na uczestnika/kę projektu może być wypełniony elektronicznie lub wypełniony odręcznie w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w miejscach do tego wyznaczonych.

Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest wypełnienie pól. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki, a w przypadku pól do wyboru np.: tak, nie, odmowa podania danych.

Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do projektu.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane kandydata/ki do udziału w projekcie** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane osobowe** | Imię |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  |
| Płeć |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | Miasto |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | |  | - | |  |  | |  | | Ulica | | | |  | | | | |
| Nr domu |  | | | | | | | | | | Nr lok. | | | |  | | | | |
|  | Telefon |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe** | Adres email |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)** | Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, ale nie wykształcenie wyższe) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wyższe (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym – licencjat, magister lub równorzędne) |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, że jestem (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)** | Osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących - w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| **Oświadczam, że (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)** | Nie korzystam z usług opiekuńczych | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie jest równy bądź mniejszy niż 100% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie mieści się w zakresie do 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie jest wyższy niż 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Samotnie prowadzę gospodarstwo domowe | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| **Oświadczam, że (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)** | Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności | TAK | | | | | | NIE | | | | | | Odmowa podania informacji | | | | | | |
| Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji Urzędu Pracy | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Jestem osobą pracującą | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Jestem osobą bierną zawodowo  Jeśli zaznaczono TAK to proszę wstawić znak X przy jednej z trzech możliwości poniżej: | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| * Jestem osobą uczącą się | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| * Nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| * Inne np. jestem osobą niesamodzielną wymagającą wsparcia | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| **Oświadczam, że (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)** | Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK | | | | | | NIE | | | | | | Odmowa podania informacji | | | | | | |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK | | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| Jestem osobą żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | TAK | | | | | | NIE | | | | | | Odmowa podania informacji | | | | | | |
| **Oświadczam, że (należy zaznaczyć X przy odpowiedniej pozycji)** | Pełnię funkcję opiekuna faktycznego, nieformalny (osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny) | | TAK | | | | | | | | | | | NIE | | | | | | |
| **Z jakich form wsparcia zamierza Pan/Pani korzystać (proszę zaznaczyć właściwe)** | pomoc prawna, poradnictwo indywidualne  pomoc psychologiczna  grupa samopomocy  coaching grupowy  seminaria ze specjalistami  usługi asystencki dla osób z niepełnosprawnością  usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych  coaching indywidualny  coaching rodzicielski grupowy i indywidualny | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Ja niżej podpisana/ny: …………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

OŚWIADCZAM, ŻE:

1. Jestem świadoma/y odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez MOPS.
2. Dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
3. Deklaruję swój udział w projekcie „Postaw na rodzinę” , w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
4. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w projekcie niezwłocznie poinformować o tym fakcie MOPS Mikołów.
5. Zostałam/em poinformowana/ny o współfinansowaniu projektu „Postaw na rodzinę” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014 – 2020.
6. Zostałam/em poinformowana/ny na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do projektu o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego ( niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktem bycia imigrantem, osobą obcego pochodzenia, pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji).

Mikołów, dnia………………… …………………………………………………..

(podpis kandydatki/kandydata)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Lidera projektu w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia procesu rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2016 r. poz. 922)

Mikołów, dnia…………………. …………………………………………………..

(podpis kandydatki/kandydata)