



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „SAMODZIELNOŚĆ PRZEZ AKTYWNOŚĆ”

Wypełnia Beneficjent		
Data i godzina wpływu:		
Podpis osoby przyjmującej:		
Dane podstawowe	Imię i nazwisko	
	PESEL	
Adres zamieszkania	Kod pocztowy, miejscowość	
	Ulica nr domu/lokalu	
	Telefon kontaktowy	☐ Nie posiadam
	Adres poczty elektronicznej	☐ Nie posiadam
Dane dodatkowe	Wykształcenie	☐ brak formalnego wykształcenia (ISCED 0) ☐ podstawowe (ISCED 1) ☐ gimnazjalne (ISCED 2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)
	Pracuję	tak ☐ / nie ☐
	Jestem osobą bezrobotną tak ☐ / nie ☐ W okresie ostatnich 24 miesięcy byłam/łem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP przez okres: 0-12 miesięcy ☐ / 12-24 miesięcy ☐	
	Jestem osobą bierną zawodową* tak ☐ / nie ☐ Bierny zawodowo (osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej tzn. nie pracuje i nie jest bezrobotna). Oświadczam, że nie poszukuję pracy.	



	Mam orzeczony stopień niepełnosprawności - tak ☐ / nie ☐ ☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki
	Mam orzeczoną przez ZUS niezdolność do pracy - tak ☐ / nie ☐
	Opiekuję się dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną tak ☐ / nie ☐
Inne dane (proszę zaznaczyć X w odpowiednich miejscach) - Dane wrażliwe – Kandydat/-ka ma prawo odmowy podania danych wrażliwych	
1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	☐ Tak
2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak
3. Osoba z niepełnosprawnością	☐ Tak
4. Obywatel państwa trzeciego	☐ Tak
5. Osoba obcego pochodzenia	☐ Tak
6. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	☐ Tak
7. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ Tak
Informacje o potrzebach specjalnych: Tłumacz języka migowego ☐ Tak Materiały pisane w Alfabetcie Braille'a ☐ Tak Możliwość uczestniczenia we wsparciu z udziałem psa asystującego ☐ Tak Inne usprawnienia – jakie?	

.....
Data, czytelny podpis kandydata/tki



**Oświadczenie kandydata do projektu „SAMODZIELNOŚĆ PRZEZ AKTYWNOŚĆ”
o spełnieniu warunków udziału w projekcie**

Oświadczam, że spełniam wymogi kwalifikacyjne związane z udziałem w projekcie „Samodzielność przez Aktywność”. tj.:

a) **Zamieszkuję na terenie Gminy Chrzanów** ☐ TAK ☐ NIE

b) **Spełniam przesłanki wykluczenia społecznego** tj.:

- - osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej;

☐ TAK ☐ NIE

- osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym; tj. bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, uzależnieni od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających, chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, zwalniani z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, uchodźcy realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

☐ TAK ☐ NIE

- osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r.o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; ☐ TAK ☐ NIE

- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. 2022 poz. 1700 z późn. zm.) oraz osoby nieletnie zagrożone demoralizacją i przestępczością; ☐ TAK ☐ NIE

- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, ☐ TAK ☐ NIE

- osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2024 poz 44z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 poz. 917); ☐ TAK ☐ NIE

- członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; ☐ TAK ☐ NIE



- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ☐ TAK ☐ NIE
- osoby opuszczające placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej; ☐ TAK ☐ NIE
- osoby w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością ☐ TAK ☐ NIE
- osoby odbywające karę pozbawienia wolności, objęte dozorem elektronicznym ☐ TAK ☐ NIE
- osoby korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FE PŻ); ☐ TAK ☐ NIE
- osoby należące do społeczności marginalizowanych, takich jak Romowie ☐ TAK ☐ NIE
- Osoby objęte ochroną czasową w Polsce w związku z agresją Federacji Rosyjskiej na Ukrainę. ☐ TAK ☐ NIE
- otoczenie ww. grup docelowych (m.in. rodziny, środowiska lokalne), rodziny osób z niepełnosprawnościami, rodziny z dziećmi doświadczające trudności opiekuńczo-wychowawczych ☐ TAK ☐ NIE

Oświadczam że:

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i w pełni akceptuję jego zapisy oraz z własnej inicjatywy wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie.
2. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych i dotyczących mnie zajęciach, podpisywania list obecności, wypełniania ankiet ewaluacyjnych i innych wymaganych dokumentów.
3. Zostałem/-am poinformowany/-na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku w dokumentacji fotograficznej tworzonej na potrzeby realizacji projektu, promocji oraz sprawozdawczości.

Ja, niżej podpisany/-a, świadomy/-a odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, iż dane podane w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym oraz w Oświadczeniu „**SAMODZIELNOŚĆ PRZEZ AKTYWNOŚĆ**” stanowiących uzupełnienie i integralną część Formularza zgłoszeniowego, są zgodne z prawdą.

Chrzanów

Data, czytelny podpis kandydata/tki