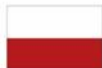




Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

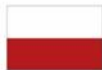
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu pt. „Rozwój katalogu usług społecznych oferowanych przez Centrum Usług Społecznych w Świdniku”, nr FELU.08.05-IZ.00-0051/24 jest realizowanego w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne (typ projektu 1e) Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. Przed wypełnieniem Formularza zgłoszeniowego prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie. Wszystkie pola Formularza powinny być czytelnie wypełnione.

Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> indywidualny <input type="checkbox"/> pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
I. DANE PERSONALNE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	
Imię/Imiona:	
Nazwisko:	
Płeć: (Zaznaczyć właściwe „X”)	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
PESEL:	
Obywatelstwo:	<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
II. DANE KONTAKTOWE	
Kraj:	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku/Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Proszę podać co najmniej jedno z poniższych:	
Telefon	



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego

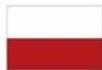


Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



kontaktowy:	
Adres e-mail:	
II. POZIOM WYKSZTAŁCENIA (Zaznaczyć właściwe „X”)	
WYSZTAŁCENIE NA POZIOMIE CO NAJWYŻEJ ŚREDNIM I STOPNIA (wykształcenie na poziomie ISCED 0-2)	<input type="checkbox"/>
WYSZTAŁCENIE NA POZIOMIE ŚREDNIM II STOPNIA LUB NA POZIOMIE POLICEALNYM (wykształcenie na poziomie ISCED 3-4)	<input type="checkbox"/>
WYKSZTAŁCENIE WYŻSZE (wykształcenie na poziomie ISCED 5-8)	<input type="checkbox"/>
III. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (Zaznaczyć właściwe „X”)	
Oświadczam, że należę do następujących grup:	
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
IV. KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ (Zaznaczyć właściwe „X”)	
<u>KRYTERIA OBLIGATORYJNE</u>	
Oświadczam, że jestem:	
<input type="checkbox"/> osobą zamieszkującą, uczącą się, lub pracującą na terenie Gminy Miejskiej Świdnik w województwie lubelskim w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego;	
<input type="checkbox"/> migrantem i ich otoczeniem;	
<input type="checkbox"/> opiekunem faktyczny;	
<input type="checkbox"/> osobą narażoną na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywających w instytucjach całodobowych;	
<input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnościami i ich otoczeniem (m.in. rodzina, środowisko lokalne);	
<input type="checkbox"/> osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym;	
<input type="checkbox"/> otoczeniem osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym;	



KRYTERIA PUNKTOWE

Oświadczam, że jestem:

- ☐ osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;
- ☐ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i/lub;
- ☐ osobą z chorobami psychicznymi i/lub;
- ☐ osobą z niepełnosprawnością intelektualną i/lub;
- ☐ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10) i/lub;
- ☐ osobą korzystającą z programu FE PŻ i/lub;
- ☐ osobą zamieszkującą samotnie i/lub;
- ☐ osobą w kryzysie bezdomności i/lub;
- ☐ dzieckiem wychowujące się poza rodziną biologiczną.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA lub
RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Do formularza należy dołączyć dokumenty potwierdzające spełnienie przez uczestnika projektu kryterium kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, tj.:

- orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – dotyczy osób z niepełnosprawnością, (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego - odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia).
- obligatoryjnie oświadczenie dotyczące nauki, wykonywania pracy lub zamieszkania na terenie województwa lubelskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego;
- osoby lub rodziny wykluczone lub zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym – zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej lub oświadczenie uczestnika;
- osoby w kryzysie bezdomności, uzależnione od alkoholu lub narkotyków lub innych środków odurzających – oświadczenie/zaświadczenie o dochodach.

V. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (Zaznaczyć właściwe „X”)

Osoba bezrobotna, w tym długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca, łącznie z osobami prowadzącymi działalność na własny rachunek	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

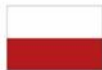
VI. OŚWIADCZENIA

Ja, niżej
podpisana/y _____

(imię i nazwisko uczestnika projektu)



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



1. Potwierdzam zapoznanie się z informacjami wynikającymi z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE.
2. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt „Rozwój katalogu usług społecznych oferowanych przez Centrum Usług Społecznych w Świdniku”, nr FELU.08.05-IZ.00-0051/24 jest realizowanego w ramach Działania 8.5 Usługi społeczne (typ projektu 1e) Priorytetu VIII Zwiększanie spójności społecznej programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
4. Zobowiązuję się do przekazania informacji na temat mojej sytuacji po opuszczeniu projektu.
5. W przypadku zmiany jakichkolwiek danych podanych w niniejszym Formularzu, zobowiązuję się niezwłocznie zgłosić ten fakt do Biura Projektu.
6. Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA lub
RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*

W przypadku uczestnika projektu nieposiadającego zdolności do czynności prawnych, podpisuje jego opiekun prawny



Centrum Usług Społecznych w Świdniku Aleja Lotników Polskich 5, 21-040 Świdnik,
tel. (81) 46 86 900, e-mail: cus@poczta.e-swidnik.pl, www.cus.e-swidnik.pl

