**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:**

**„Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego”**

 FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI A ODPOWIEDNIE POLA ZAZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

|  |  |
| --- | --- |
| **Imiona i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  | **Płeć** | **󠄳 kobieta****󠄳 mężczyzna** |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **E-mail** |  |
| **Miejsce zamieszkania** | **Miejscowość: ………………………………………………………………………………….****Ulica: ……………………………………….. Nr domu: ……………… Nr lokalu: ……****Kod pocztowy: …………………………. Powiat: ……………………………………….****Województwo: …………………………… Gmina: .………………………………….** |
| **Wykształcenie** | **□ niższe niż podstawowe - ISCED 0****□ wykształcenie PODSTAWOWE - ISCED 1****□ wykształcenie GIMNAZJALNE - ISCED 2** **□ wykształcenie ZAWODOWE/PONADGIMNAZJALNE– ISCED 3** **□ wykształcenie POLICEALNE - ISCED 4****□ studia krótkiego cyklu (studium pomaturalne) - ISCED 5****□ studia licencjackie lub ich odpowiedniki - ISCED 6****□ studia magisterskie lub ich odpowiedniki - ISCED 7****□ studia doktoranckie lub ich odpowiedniki - ISCED 8** |
| **Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | **□ Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy**, w tym:□ długotrwale bezrobotna**□ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy****□ Osoba bierna zawodowo**, w tym:□ osoba nie ucząca się□ osoba ucząca się**□ Osoba pracująca,** w tym:□ w administracji rządowej□ w administracji samorządowej□ w organizacji pozarządowej□ na własny rachunek□ w MMŚP□ w dużym przedsiębiorstwie□ Rolnik□ Inne |
| **Oświadczenia**  | **Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną:**□ TAK□ NIE**W przypadku odpowiedzi TAK proszę o określenie stopnia niepełnosprawności:****□ znaczny □ umiarkowany □ lekki**  |
| **Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną biologicznie** (zaznaczyć jeśli powyżej zaznaczono odpowiedź NIE) **□ TAK □ NIE** |
| **Oświadczam, że dochód miesięczny na jedną osobę w moim gospodarstwie:** **□ nie przekracza 514zł □ przekracza 514zł** |

**Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Zgłaszam chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, pt. „Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego”.
2. Zostałem/-am poinformowany/-a, że Projekt „Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 oraz realizowany jest w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. Zapoznałem/-am się z treścią Regulaminu Projektu „ Dzienny Dom Pomocy Podregionu Gliwickiego” , zwanego dalej „ Regulaminem” , nie wnoszę zastrzeżeń co do jego treści i zobowiązują się do przestrzegania Regulaminu w przypadku zakwalifikowania do Projektu.
4. Wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym, w ramach którego jestem zobowiązany do złożenia formularza zgłoszeniowego wraz z wypełnioną Ankietą Diagnostyczną oraz kopią orzeczenia o niepełnosprawności ( dotyczy osób posiadających orzeczenia ), a także mam obowiązek poddania się ocenie poziomu samodzielności i badaniu lekarskiemu na zasadach określonych w Regulaminie.
5. Akceptuję fakt, iż udział w postępowaniu rekrutacyjnym nie jest równoznaczny
z zakwalifikowaniem do Projektu.
6. Zostałem/am poinformowany/a, że zajęcia mogą odbywać się w innej miejscowości niż moje miejsce zamieszkania.
7. W przypadku zakwalifikowania się do Projektu zobowiązuję się do uczestnictwa we wszystkich formach wsparcia określonych jako obowiązkowe.
8. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.
9. Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
10. Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej i karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
11. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Organizatora Projektu Śląskie Stowarzyszenie Chorych na SM SezaM, 44-141 Gliwice, ul. Parkowa 5 na potrzeby rekrutacji.
13. Oświadczam, że nie jestem więźniem.

**…..……………………………………… …………………………………………………..**

**/MIEJSCOWOŚĆ I DATA/ /CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA /**