



Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI

Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.
„Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób
Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY dla Osoby Niezależnej

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X”

1. Dane osobowe kandydata/kandydatki – OSOBY NIEZALEŻNEJ																					
Dane osobowe	Imię (imiona)																				
	Nazwisko																				
	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																			
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu																					
Adres zamieszkania	Powiat																				
	Gmina																				
	Kod pocztowy																				
	Ulica																				
	Numer domu																				
	Numer lokalu																				
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy																				
	Adres (e-mail)																				
	Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>																				
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i> <input type="checkbox"/> Podstawowe <i>(ukończona szkoła podstawowa)</i> <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <i>(ukończone gimnazjum)</i>																				





		<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <i>(ukończone liceum ogólnokształcące lub liceum profilowane lub technikum lub uzupełniające liceum ogólnokształcące/technikum lub zasadnicza szkoła zawodowa)</i>
		<input type="checkbox"/> Policealne <i>(ukończona szkoła policealna)</i>
		<input type="checkbox"/> Wyższe <i>(uzyskany tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)</i>
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <i>(dla osoby poniżej 25 r. życia –pozostająca nieprzerwanie bez pracy przez okres 6 miesięcy, dla osoby powyżej 25 r. życia – pozostająca bez pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy)</i>
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo	w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca	w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
		Wykonywany zawód: <input type="checkbox"/> instruktor praktyczne nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> inny



		Zatrudniony w: <i>(proszę podać nazwę miejsce pracy)</i>
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<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 <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji*
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji*
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji*

(*) Osoba – kandydat do udziału w projekcie ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmowa podania informacji”, co stanowi potwierdzenie, że Organizator wsparcia podjął działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

Uwaga: odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. niepełnosprawność uczestnika), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności i może prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.

2. Kryteria udziału w projekcie	
a) KRYTERIA DOSTĘPU <i>(należy zaznaczyć właściwe pola)</i>	
Oświadczenia Kandydata/Kandydatki – OSOBY NIESAMODZIELNEJ	
Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Metropolii Krakowskiej, tj. na terenie miasta Krakowa lub jednej z gmin: Czernichów, Igołomia-	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



Wawrzeńczyce, Kocmyrzów-Luborzyca, Liszki, Michałowice, Mogilany, Skawina, Świątniki Górne, Wielka Wieś, Zabierzów i Zielonki w powiecie krakowskim oraz Biskupice, Niepołomice i Wieliczka w powiecie wielickim.	
---	--

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Oświadczenia

W związku z przystąpieniem do projektu „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezamieszkałych KRAKÓW GRZEGÓRZKI” w Fundacji Małopolska Izba Samorządowa oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezamieszkałych KRAKÓW GRZEGÓRZKI”;
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezamieszkałych KRAKÓW GRZEGÓRZKI” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych i oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację Małopolska Izba Samorządowa w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie;
4. zapoznałam/em się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa i akceptuję ich treść oraz zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria dostępu uprawniające do udziału w projekcie;
6. wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Fundację Małopolska Izba Samorządowa w celach realizacji i promocji projektu „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezamieszkałych KRAKÓW GRZEGÓRZKI”;
7. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.
8. świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż nie jestem Uczestnikiem/Uczestniczką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis