Fundusze Europejskie Program Regionalny | Województwo Kujawsko-Pomorskie | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do udziału w projekcie
„Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opiekę domową"

DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE – OPIEKUNA			
Imię (imiona) i nazwisko			
PESEL			
WIEK w chwili przystępowania do projektu		Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA/ DANE KONTAKTOWE			
Ulica			
Numer budynku		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
DANE OSOBY, KTÓRA PODLEGA OPIECE KANDYDATA			
Imię i nazwisko			
PESEL			
Oświadczenie	*Oświadczam, że jako Osoba Bliska* będę brał/brała udział w adekwatnej formie wsparcia dla Opiekunów określonych w Regulaminie rekrutacji.* …… (imię, nazwisko, data)		

INFORMACJE DODATKOWE O KANDYDACIE	
Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe)	☐ Wyższe ☐ Ponadgimnazjalne (liceum/liceum profilowane/technikum) i policealne ☐ Podstawowe (szkoła podstawowa) i Gimnazjalne (gimnazjum)
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: (proszę zaznaczyć właściwe)	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
	☐ osoba bierna zawodowo
	☐ osoba bierna zawodowo ucząca się
	☐ osoba pracująca jeśli tak proszę podać nazwę i adres zakładu pracy oraz wykonywany zawód …… ……
	☐ osoba bierna zawodowo nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	☐ żadna z powyższych

Status uczestnika (proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak „X”)	TAK	NIE
Osobą należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia		
Osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		
Osobą z niepełnosprawnościami		
Osobą przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących		
Osobą przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu		
Osobą żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu		
Osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)		

OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE

Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem projektu „Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opiekę domową", akceptuję jego zapisy oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

…….. ……
Miejscowość i data Podpis kandydata

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności udziału w projekcie „Stworzenie skoordynowanego systemu pomocy dla mieszkańców subregionu bydgoskiego w oparciu o funkcjonowanie DDOM oraz medyczną opiekę domową" a podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym; w przypadku ich jakichkolwiek zmiany zobowiązuję się poinformować Pallmed sp. z o.o.

…….. ……
Miejscowość i data Podpis kandydata

Oświadczam, że:
1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechniania mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – Pallmed sp. z o.o. w Bydgoszczy oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.
2. Zgoda, o której mowa w pkt. 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie www.domsueryder.org.pl, w gazetach i w Internecie itp.
3. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowić naruszenia moich dóbr osobistych.
Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.

…….. ……
Miejscowość i data Podpis kandydata

OŚWIADCZENIE OPCJONALNE	
Oświadczam, iż doświadczam wielokrotnego wykluczenia, czyli wykluczenia z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w definicji osób lub rodzin zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, tj. spełniam warunki (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe): *(proszę przy właściwej odpowiedzi wstawić znak „X")*	
a) osoby lub rodziny korzystającej 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 2004 r. o pomocy społecznej	
b) osoby, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;	
c) osoby przebywającej w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;	
d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382);	
e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256, poz. 2572, z późn. zm.);	
f) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);	
g) rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej je den z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;	
h) osoby zakwalifikowanej do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.);	
i) osoby niesamodzielnej;	
j) osoby bezdomnej lub dotkniętej wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;	
k) osoby odbywającej kary pozbawienia wolności;	
l) osoby korzystającej z PO PŻ.	
Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować Pallmed sp. z o.o. w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych. …….. Data, podpis	