**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

#### **Formularz zgłoszeniowy**

do projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Miasta Toruń” w ramach

Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego

na lata 2014 – 2020

Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo

Działanie 9.3. Rozwój usług zdrowotnych i społecznych

Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług społecznych w Gminie Miasta Toruń”

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU** | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Numer Identyfikacyjny Kandydata (NIK) |  |
| Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie |  |

#### **UWAGI:**

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług społecznych w Gminie Miasta Toruń”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.
   * + 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **DANE PERSONALNE** | | | |
| 1. | Imię | |  | |
| 2. | Nazwisko | |  | |
| 3. | Data urodzenia | |  | |
| 4. | Płeć | | Kobieta | Mężczyzna |
| 5. | PESEL | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |
| 6. | Wiek | |  | |
| 7. | Adres zamieszkania | | | |
| a | Miejscowość |  | |
| b | Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| c | Kod pocztowy[[1]](#footnote-1) |  | |
| d | Województwo |  | |
| e | Powiat |  | |
| f | Gmina |  | |
| 8. | Adres korespondencyjny  (jeśli jest inny niż adres zamieszkiwania)  DOTYCZY  NIE DOTYCZY | | | |
| a | Miejscowość |  | |
| b | Ulica, nr domu / lokalu |  | |
| c | Kod pocztowy |  | |
| d | Województwo |  | |
| e | Powiat |  | |
| f | Gmina |  | |
| 9. | Telefon komórkowy/domowy: | |  | |
| 10. | Adres e–mail: | |  | |
| 11. | Poziom wykształcenia  (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe) | | Brak  Podstawowe  Gimnazjalne  Ponadgimnazjalne  Pomaturalne  Wyższe | |

**II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI KANDYDATA DO GRUPY DOCELOWEJ:** | | | | | |
| 1. | Przynależność Kandydata do grupy docelowej  (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej) |  | **OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**  **Osoba niesamodzielna, w tym starsza i niepełnosprawna,**  **Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej** zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:  ubóstwa;  sieroctwa;  bezdomności;  bezrobocia;  niepełnosprawności;  długotrwałej lub ciężkiej choroby;  przemocy w rodzinie;  potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;  potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;  bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych  i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;  trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;  trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu  z zakładu karnego;  alkoholizmu lub narkomanii;  zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;  klęski żywiołowej lub ekologicznej.  **Osoba** **której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego,** tj. dla osoby samotnie gospodarującej 951 zł, a dla osoby w rodzinie 771 zł,  **Osoba bezrobotna** zakwalifikowana do III profilu pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,  **Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa,** | | |
|  | **OSOBA Z OTOCZENIA OSOBY ZAGROŻONEJ UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**  **Osoba pełniąca obowiązki opiekuńcze nad osobami niesamodzielnymi, w tym starszymi i niepełnosprawnymi,**  **Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej** zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:  ubóstwa;  sieroctwa;  bezdomności;  bezrobocia;  niepełnosprawności;  długotrwałej lub ciężkiej choroby;  przemocy w rodzinie;  potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;  potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;  bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych  i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;  trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;  trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu  z zakładu karnego;  alkoholizmu lub narkomanii;  zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;  klęski żywiołowej lub ekologicznej.  **Osoba** **której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego,** tj. dla osoby samotnie gospodarującej 951 zł, a dla osoby w rodzinie 771 zł,  **Osoba bezrobotna** zakwalifikowana do III profilu pomocy zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy,  **Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa,** | | |
| **KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUTU KANDYDATA:** | | | | | |
| 2. | Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu  (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu) | | |  | **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP** |
|  | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP** |
|  | **Osoba bierna zawodowo** |
|  | **Osoba pracująca** |
| **Wykonywany zawód:** | |

**III. POZOSTAŁE INFORMACJE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu |  | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** |
|  | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania** |
|  | **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,**  **w tym, w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymania** |
|  | **Osoby żyjące w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** |
|  | **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej** (innej niż wymienione powyżej), jakiej: …………………………………  …………………………………………………………………. |
|  | **Osoba z niepełnosprawnością**  (jeśli dotyczy)Czy zgłasza Pan / Pani specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?  ………………………………………………………………….  …………………………………………………………………. |

**IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NR** | **ZAŁĄCZNIKI**  W związku z zadeklarowaniem przez kandydata statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w celu weryfikacji statusu należy przedłożyć: | **DOTYCZY** | **NIE DOTYCZY** |
| **1.** | **Kserokopia orzeczenia lekarskiego lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia** (dot. osoby niesamodzielnej, w tym starszej i niepełnosprawnej) |  |  |
| **2.** | **Oświadczenie o wysokości dochodu dla danej osoby nie przekraczające 150% kryterium dochodowego** (tj. dla osoby samotnie gospodarującej 951 zł, a dla osoby w rodzinie 771 zł) |  |  |
| **3.** | **Zaświadczenie lub oświadczenie uczestnika korzystającego z pomocy społecznej lub kwalifikującego się do objęcia wsparciem pomocy społecznej (**zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej) |  |  |
| **4.** | **Zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy osoby bezrobotnej** zakwalifikowanej do III profilu pomocy |  |  |
| **5.** | **Zaświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** |  |  |
| **6.** | **Deklaracja uczestnictwa w projekcie** |  |  |

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

...................................................... ..............................................

Miejscowość, data (dzień, miesiąc, rok) Czytelny podpis Kandydata

**Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

#### **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y ……………………………………..………………………..…………

1. Deklaruję chęć udziału w projekcie pt. **„Rozwój usług społecznych w Gminie Miasta Toruń”** realizowanym przez MOPR w Toruniu wraz z Fundacją Gospodarczą Pro Europa w Toruniu oraz Fundacją RC Konsulting w Toruniu w ramach Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych Poddziałanie 9.3.2. Rozwój usług społecznych w ramach RPO WKP 2014-2020, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Rozwój usług społecznych w Gminie Miasta Toruń**”.
3. Oświadczam, że spełniam warunki uczestnictwa w projekcie oraz składam poprawnie wypełnioną dokumentację projektową tj. Formularz Zgłoszeniowy wraz z wymaganymi załącznikami.
4. Deklaruję chęć aktywnego udziału we wszystkich zaproponowanych w ramach projektu formach wsparcia;
5. Deklaruję chęć udziału w badaniach ankietowych, wynikających z wymogów projektu, które odbywać się będą w czasie realizacji projektu, a także po jego zakończeniu;
6. Oświadczam, iż nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych działaniach i priorytetach w okresie realizacji projektu, w którym biorę udział;
7. Zobowiązuję są do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie;
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 2 lub art. 27 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2014 r., poz. 1182, z późn. zm.) wyłącznie w celu realizacji projektu, w szczególności w odniesieniu do zbiorów Centralnego Systemu Teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych oraz RPO WKP na lata 2014 -2020;
9. Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż projekt „**Rozwój usług społecznych w Gminie Miasta Toruń**” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
10. Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa

TAK NIE

1. Oświadczam, iż jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia

TAK NIE

...................................................... ..............................................

Miejscowość, data (dzień, miesiąc, rok) Czytelny podpis Kandydata

1. Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty pod którą podlega dana miejscowość. [↑](#footnote-ref-1)