

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

Tytuł projektu: **Zwiększenie dostępności do usług społecznych świadczonych niesamodzielnym mieszkańcom dzielnicy Wawer m. st. Warszawy.**

Nr projektu: **RPMA.09.02.01-14-C735/19-00.**

Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany projekt:

**IX. Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem.**

Działanie, w ramach którego jest realizowany projekt:

**9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej.**

Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany projekt:

**9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych.**

Informacje podstawowe:			
Dane uczestnika:			
Imię i nazwisko			
Data i miejsce urodzenia			
PESEL		Telefon stacjonarny:	
E-mail		Telefon komórkowy:	
Adres zamieszkania <sup>1</sup>	Ulica		
	Numer domu		
	Numer lokalu		
	Kod pocztowy		
	Miejscowość		
	Gmina		
	Powiat		
Województwo			
Obszar	<input type="checkbox"/> Miejski <sup>2</sup>		<input type="checkbox"/> Wiejski <sup>3</sup>
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe nie podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i> ) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i> ) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne ( <i>wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe</i> ) <input type="checkbox"/> Pomaturalne ( <i>kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i> ) <input type="checkbox"/> Wyższe ( <i>pełne i zakończone wykształcenie na poziomie wyższym</i> )		
Status osoby na rynku pracy na dzień podpisania formularza	<input type="checkbox"/> Emeryt/rencista <input type="checkbox"/> inne ( <i>wpisz jakie?</i> ) .....		
Status osoby	<input type="checkbox"/> Osoba należąca do mniejszości narodowej <sup>4</sup> lub etnicznej <sup>5</sup> , imigrant, osoba obcego pochodzenia <sup>6</sup> <input type="checkbox"/> Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami <sup>7</sup> <input type="checkbox"/> Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ( <i>innej niż wym. powyżej</i> )		
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna

<sup>1</sup> Zgodnie z Kodeksem Cywilnym miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<sup>2</sup> Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast.

<sup>3</sup> Obszar wiejski – obszar położony poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy wiejsko-miejskiej

<sup>4</sup> Zgodnie z prawem krajowym za mniejszości narodowe uznaje się mniejszość: białoruską, czeską, litewską, niemiecką, ormiańską, rosyjską, słowacką, ukraińską, żydowską.

<sup>5</sup> Za mniejszości etnicznej uznaje się mniejszości: karaimską, lemkową, romską, tatarską.

<sup>6</sup> Cudzoziemiec – to każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa (...) lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski

<sup>7</sup> Osoba niepełnosprawna w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w Ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r., poz. 546, z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.

## KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – należy zaznaczyć właściwe

<b>DOPUSZCZAJĄCE</b>		
Jestem osobą, która ukończyła 60 lat	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem mieszkańcem dzielnicy Wawer m. st. Warszawy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą niesamodzielną mającą problemy z wykonywaniem co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą korzystającą z usług opiekuńczych z pomocy społecznej lub finansowanych z innych projektów dofinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>PIERWSZEŃSTWA</b>		
Jestem osobą niesamodzielną z miesięcznym dochodem na 1 osobę samotnie gospodarującą nie przekraczającym <b>1051,50 zł</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą niesamodzielną z miesięcznym dochodem na 1 osobę w rodzinie nie przekraczającym <b>792 zł</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>PUNKTOWANE</b>		
Jestem osobą niepełnosprawną: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ ze znacznym poziomem niepełnosprawności</li> <li>▪ z umiarkowanym poziomem niepełnosprawności</li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą samotną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą, której opiekun faktyczny nie ma możliwości podjęcia zatrudnienia lub edukacji z uwagi na opiekę nade mną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

### DODATKOWE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo?

Proszę zaznaczyć właściwą opcję:

- dostępność architektoniczna np. wejście na poziomie gruntu, pochylnia, winda
- przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą niż standardowa czcionką
- materiały w alfabecie Braille'a
- tłumacz Polskiego Języka Migowego
- tłumacz Systemu Językowo-Migowego
- pętla indukcyjna
- wsparcie asystenta np. osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością fizyczną
- obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością
- specjalne potrzeby żywieniowe
- zapewnienie warunków dla psa asystującego
- Inne .....

### DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCE I OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „**Zwiększenie dostępności do usług społecznych świadczonych niesamodzielnym mieszkańcom dzielnicy Wawer m. st Warszawy**”, zwanym dalej „**Projektem**”, współfinansowanym Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, Poddziałania 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020, które zostały zawarte w „Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie” i jednocześnie akceptuję wszystkie warunki Regulaminu.
- Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego i wyrażam zgodę na udział w ww. projekcie w przypadku zakwalifikowania mojej kandydatury do Projektu.
- Zostałam/zostałem poinformowany/poinformowana o możliwości odmowy podawania danych wrażliwych.
- Oświadczam, że nie biorę udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS u innego beneficjenta.
- Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane przeze mnie w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie są zgodne z prawdą.

.....  
Data i miejscowość

.....  
Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz

### WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ

Data otrzymania dokumentu:

.....  
(podpis)