



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

Tytuł projektu: „ **Uruchomienie opieki wytchnieniowej przy Dziennym Domu Pobytu PKPS w Milanówku**”

Nr projektu: **RPMA.09.02.01-14-e116/20**

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**

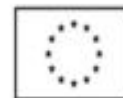
INFORMACJE PODSTAWOWE:

INFORMACJE PODSTAWOWE:			
DANE UCZESTNIKA:			
IMIĘ I NAZWISKO			
DATA I MIEJSCE URODZENIA			
PESEL		TELEFON STACJONARNY	
E-MAIL		TELEFON KOMÓRKOWY	
ADRES ZAMIESZKANIA ¹	ULICA		
	NUMER DOMU		
	NUMER LOKALU		
	KOD POCZTOWY		
	MIEJSCOWOŚĆ		
	GMINA		
	POWIAT		
WOJEWÓDZTWO			
OBSZAR	<input type="checkbox"/> MIEJSKI ²		<input type="checkbox"/> WIEJSKI ³

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

² Obszar miejski – obszar położony w granicach administracyjnych miast.

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



WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> NIŻSZE NIE PODSTAWOWE <input type="checkbox"/> PODSTAWOWE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE SZKOŁY PODSTAWOWEJ) <input type="checkbox"/> GIMNAZJALNE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE SZKOŁY GIMNAZJALNEJ) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (WYKSZTAŁCENIE ŚREDNIE LUB ZASADNICZE ZAWODOWE) <input type="checkbox"/> POMATURALNE (KSZTAŁCENIE UKOŃCZONE NA POZIOMIE WYŻSZYM NIŻ NA POZIOMIE SZKOŁY ŚREDNIEJ, KTÓRE JEDNOCZEŚNIE NIE JEST WYKSZTAŁCENIEM WYŻSZYM) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (PEŁNE I ZAKOŃCZONE WYKSZTAŁCENIE NA POZIOMIE WYŻSZYM)
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY NA DZIEŃ PODPISANIA FORMULARZA	<input type="checkbox"/> EMERYT/RENCISTA <input type="checkbox"/> INNE (JAKIE?)
STATUS OSOBY	<input type="checkbox"/> OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ ⁴ LUB ETNICZNEJ ⁵ , IMIGRANT, OSOBA OBCEGO POCHODZENIA ⁶ <input type="checkbox"/> OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ <input type="checkbox"/> OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ⁷ <input type="checkbox"/> OSOBA PRZEBYWAJĄCA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM BEZ OSÓB PRACUJACYCH: W TYM: <input type="checkbox"/> OSOBA W GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z DZIEĆMI POZOSTAJĄCYMI NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU <input type="checkbox"/> OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (INNEJ NIŻ WYMIENIONE POWYŻEJ)
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA
	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA

KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – należy zaznaczyć właściwe

KRYTERIA PODSTAWOWE OBOWIĄZKOWE		
JESTEM OSOBA NIESAMODZIELNĄ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA, KTÓRA UKOŃCZYŁA 60 ROK ŻYCIA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM MIESZKAŃCEM POWIATU PRUSZKOWSKIEGO LUB GRODZISKIEGO	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA NIEKORZYSTAJĄCĄ W INNYM ANOLOGICZNYM PROJEKCIE FINANSOWANYM Z EFS U INNEGO BENEFICJENTA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA, KTÓRA POSIADA PRAWO DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANEJ ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

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

⁵ Za mniejszości etniczne uznaje się mniejszości: karaïmską, łemkowską, romską, tatarską.

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

⁷ 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.



KRYTERIUM PIERWSZEŃSTWA		
JESTEM OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ Z MIESIĘCZNYM DOCHODEM NA 1 OSOBĘ SAMOTNIE GOSPODARUJĄCĄ NIE PRZEKRACZAJĄCYM 1051,50 ZŁ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ NIESAMODZIELNĄ Z MIESIĘCZNYM DOCHODEM NA 1 OSOBĘ W RODZINIE NIE PRZEKRACZAJĄCYM 792,00 ZŁ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
KRYTERIA DODATKOWE PUNKTOWANE		
JESTEM OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ W STOPNIU UMIARKOWANYM LUB ZNACZNYM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBA POSIADAJĄCĄ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ SPRĘŻONA	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ KORZYSTAJĄCA Z POPŻ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
JESTEM OSOBĄ, KTÓREJ OPIEKUN FAKTYCZNY NIE MOŻE PODJĄĆ ZATRUDNIENIA LUB EDUKACJI	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

ZAŁĄCZNIKI:

DO FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO DOŁĄCZAM :		
ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W STOPNIU UMIARKOWANYM LUB ZNACZNYM	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI SPRĘŻONEJ/ ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
PIT ZA 2020 R. LUB OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI MOICH DOCHODÓW ZA 2020R	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
DEKLARACJA DOT. WNOŠZENIA ODPLATNOŚCI ZA POBYT W OW	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
OŚWIADCZENIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO O CHĘCI PODJĘCIA POSZUKIWANIA ZATRUDNIENIA LUB EDUKACJI	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ZAŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE KORZYSTANIE Z POPŻ (NP. Z OPS, ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

DODATKOWE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<p>Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/czuła się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć właściwą opcję:</p>	<p><input type="checkbox"/> przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą niż standardowa czcionką</p> <p><input type="checkbox"/> obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością</p> <p><input type="checkbox"/> specjalne potrzeby żywieniowe</p> <p><input type="checkbox"/> Inne</p>
---	---



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCE I OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z zasadami udziału w projekcie „ **URUCHOMIENIE OPIEKI WYTCZNIENIOWEJ PRZY DZIENYM DOMU POBYTU PKPS W MILANÓWKU**”, 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 społecznych 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.
- 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.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, podanych przeze mnie dobrowolnie w dokumentach rekrutacyjnych, w celu przeprowadzenia przedmiotowego postępowania rekrutacyjnego. Wiem, że powyższą zgodę mogę wycofać w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

.....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis osoby wypełniającej
formularz

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA FORMULARZ

DATA OTRZYMANIA DOKUMENTU: (podpis)
----------------------------	----------------------------