FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU
(OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU)

|  |
| --- |
| **Nazwa projektodawcy:** |
| **Gmina Lubień Kujawski**  |
| **Tytuł i nr projektu:** |
| **„Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim”****RPKP.09.03.02-04-0064/20** |
|  |
| **Dane uczestnika** |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL |
| Wykształcenie(należy zaznaczyć X właściwy poziom ISCED) | ISCED 5-8 Wyższe  |  |
| ISCED 4 Policealne  |  |
| ISCED 3 Ponadgminazjalne (liceum, technikum, szkoła zawodowa) |  |
| ISCED 2 Gimnazjalne  |  |
| ISCED 1 Podstawowe  |  |
| ISCED 0 Brak  |  |
|  |  |  |
| **Dane kontaktowe uczestnika** |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |
| **Bezrobotny zarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy. | Tak |  | Nie |  |
| **Bezrobotny niezarejestrowany w powiatowym urzędzie pracy**Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia, które nie są zarejestrowane w ewidencji urzędów pracy. | Tak |  | Nie |  |
| **W tym długotrwale bezrobotny**Definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny" różni się w zależności od wieku:- Młodzież (<25 lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6 miesięcy).- Dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy). Status na rynku pracy jest określany w dniu rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie. | Tak |  | Nie |  |
| **Bierny zawodowo**Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). | Tak |  | Nie |  |
| **W tym osoba ucząca się** | Tak |  | Nie |  |
| **W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** | Tak |  | Nie |  |
| **Osobą pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)**Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Studenci, którzy są zatrudnieni (również na część etatu) , powinni być wykazywani jako osoby pracujące. | Tak |  | Nie |  |
| osoba pracująca w administracji rządowej |  |
| osoba pracująca w administracji samorządowej |  |
| inne |  |
| osoba pracująca w MMŚP |  |
| osoba pracująca w organizacji pozarządowej |  |
| osoba prowadząca działalność na własny rachunek |  |
| osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |  |
| **Zatrudniony w:** Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony |  |
| **Wykonywany zawód:** |
| Nauczyciel kształcenia zawodowego |  |
| Nauczyciel kształcenia ogólnego |  |
| Nauczyciel wychowania przedszkolnego |  |
| Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego |  |
| Pracownik instytucji rynku pracy |  |
| Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia |  |
| Rolnik |  |
| Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej |  |
| Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej |  |
| Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej |  |
| Pracownik poradni psychologiczno- pedagogicznej |  |
| Instruktor praktycznej nauki zawodu |  |
| Inny |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu**(odmowa udzielenia informacji w przypadku danych wrażliwych nie skutkuje odmową udzielenia wsparcia, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej) |
| **Osoba, należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia**Cudzoziemcy na stale mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski. |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań**1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach)2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/ karne/ szpitale, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane)3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą)4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe – lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). |
| Tak |  | Nie |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami**Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 426, z późn. zm.),, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685.), tj. **osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.** |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**Osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomnie lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.(Odmowa podania informacji dotyczy tylko danych wrażliwych tj.: stanu zdrowia) |
| Tak |  | Nie |  | Odmowa podania informacji |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia – kryteria obligatoryjne** | **TAK** | **NIE** |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | jestem osobą zamieszkałą w woj. Kujawsko-Pomorskim na terenie Gminy Lubień Kujawski w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego |  |  |
| jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu [[1]](#footnote-2); |  |  |
| jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[2]](#footnote-3); |  |  |
| jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości; lubjestem osobą samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości; lubjestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić mi odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości.  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczam, że** (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź): | **Kryterium pierwszeństwa** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w z ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej |  |  | **100 pkt** |
| **Kryteria premiujące** | **TAK** | **NIE** | ***Jeśli tak*** |
| Jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego, jako wykluczenie z powodu więcej niż 1 przesłanek, o których mowa w Regulaminie Projektu (§2 pkt 4) i zwalczania ubóstwa |  |  | **15 pkt** |
| Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ osobą z niepełnosprawnością intelektualną/ osobą z zaburzeniami psychicznymi/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) |  |  | **15 pkt** |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa indywidualnie lub jako rodzina |  |  | **15 pkt** |
| Jestem osobą zamieszkującą obszar objęty programem rewitalizacji uwzględnionymi w wykazie programu rewitalizacji prowadzonym przez IZ RPO  |  |  | **15 pkt** |
| Płeć (K-kobieta, M-mężczyzna) | K | M | **Kobieta 5 pkt** |
| **Opis sytuacji materialnej i życiowej, (rodzinnej zawodowej) osoby potrzebującej wsparcia oraz jej opiekuna faktycznego** | …………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………….. | **1-5 pkt** |

**Deklaracja uczestnictwa w projekcie:**

Deklaruję uczestnictwo w projekcie **„Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim”** realizowanym przez Gminę Lubień Kujawski w ramach Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałania 9.3.2 Rozwój usług społecznych, Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko – Pomorskiego na lata 2014-2020.

|  |
| --- |
| **RODZAJ WSPARCIA** (wybór wielokrotny) |
| Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan korzystać (proszę zaznaczyć właściwe) | **Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** |  |
| **Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** |  |
| **Klub seniora** (osoby powyżej 60 r. życia) |  |
| **Wypożyczalnia sprzętu opiekuńczego i wspomagającego** |  |

…………………………… …………………………..

 Miejscowość, data Podpis

**OŚWIADCZENIA:**

Świadoma/-y odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam że:

1. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w Projekcie „Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020, wyrażam zgodę na umieszczenie moich danych na stronie internetowej projektu lubieńkujawski.pl .
2. Oświadczam, że wszystkie dane i wynikająca z nich przynależność do grupy docelowej zawarte w ww. Formularzu są prawdziwe.

…………………………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Projektu i akceptuję jego warunki;

………...……………….………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie Projektu i Formularzu zgłoszeniowym do projektu jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

* Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

**Ankieta potrzeb dla osób z niepełnosprawnościami**

**Projekt „Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” nr RPKP.09.03.02-04-0064/20**

*Celem niniejszej ankiety jest ułatwienie osobom z niepełnosprawnościami udziału we wsparciu oferowanym w ramach projektu. Poniższa ankieta ma pomóc w poznaniu rzeczywistych potrzeb osób z niepełnosprawnościami, by niwelować bariery osób niepełnosprawnych.*

1. Jakie problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności widzi Pan/Pani w związku ze swoim udziałem w projekcie?

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

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

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

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

1. Jakie są Pana/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w usługach oferowanych w ramach niniejszego projektu?

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

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

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

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

………...……………….……………………

data i czytelny podpis

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do projektu pn „Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” przyjmuję do wiadomości, iż:

1. Administratorem moich danych osobowych jest Województwo Kujawsko-Pomorskie – Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego w Toruniu, reprezentowany przez Marszałka Województwa Kujawsko-Pomorskiego, mającego siedzibę przy Placu Teatralnym 2, 87-100 Toruń (w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020) oraz minister właściwy ds. rozwoju regionalnego, mający siedzibę przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa (w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych);
2. Przetwarzanie moich danych osobowych spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c i art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z dnia 04 maja 2016 r., s.1) (dalej: RODO) – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WK-P 2014-2020) na podstawie:
	1. w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020:
3. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
4. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia
17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
5. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 818);
	1. w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych:
6. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 320-469 z późn. zm.),
7. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z dnia 20 grudnia 2013 r., s. 470–486 z późn. zm.),
8. ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (Dz. U. z 2020 r.
poz. 818),
9. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między Beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z dnia 30 września 2014 r., s.1),
10. Porozumienia w sprawie powierzenia przetwarzania danych osobowych w ramach centralnego systemu teleinformatycznego wspierającego realizację programów operacyjnych w związku z realizacją Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 nr RPKP/04/2015” z dnia 14 sierpnia 2015 r. (z późn. zm.);
11. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji projektu „Wsparcie osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu i niepełnosprawnych w Lubieniu Kujawskim” w tym w szczególności w celu potwierdzenia kwalifikowalności wydatków, udzielenia wsparcia, monitoringu, ewaluacji, kontroli, audytu i sprawozdawczości, działań informacyjno-promocyjnych w ramach RPO WK-P 2014-2020;
12. Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania Beneficjentowi realizującemu projekt – **Gmina Lubień Kujawski, pl. Wojska Polskiego 29, 87-840 Lubień Kujawski** (nazwa i adres Beneficjenta);
13. Moje dane osobowe będą lub mogą być ujawnione wyłącznie podmiotom upoważnionym przez administratora lub Beneficjenta w związku z realizacją celu o którym mowa w pkt 3, podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa, operatorowi pocztowemu lub kurierowi
(w przypadku korespondencji papierowej), stronom i innym uczestnikom postępowań administracyjnych;
14. Podanie przeze mnie danych osobowych jest warunkiem umownym, a konsekwencją ich niepodania będzie brak możliwości uczestnictwa w projekcie;
15. W terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji;
16. W ciągu …[[3]](#footnote-4) po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu
 na rynku pracy;
17. Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
18. Moje dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji, ani profilowania, o którym mowa w art. 22 RODO;
19. Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji;
20. Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres poczty elektronicznej:

1) IOD@mfipr.gov.pl – w odniesieniu do zbioru Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych,

2) iod@kujawsko-pomorskie.pl - w odniesieniu do zbioru Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020,

lub adres poczty ……………………………………………….. (gdy ma to zastosowanie - należy podać dane kontaktowe inspektora ochrony danych u Beneficjenta);

1. Mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, jak również do wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania lub przenoszenia tych danych;
2. Mam prawo wnieść skargę do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
3. Administrator danych osobowych, na mocy art. 17 ust. 3 lit. b RODO, ma prawo odmówić usunięcia moich danych osobowych.

~~W związku z przystąpieniem do projektu pn.~~ **~~………………………………..~~** ~~oświadczam, że nie biorę udziału w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz zobowiązuję się, że do momentu zakończenia wsparcia w projekcie pn.~~ **~~…………………………~~** ~~nie będę uczestniczyć w innym projekcie aktywizacji zawodowej współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego~~[[4]](#footnote-5).

|  |  |
| --- | --- |
| …..…………………………………… | ………………………………….……………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* | *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[5]](#footnote-6)\** |

**ZAŁĄCZNIKI (proszę zaznaczyć właściwe):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Załącznik** |  |
| Oświadczenie uczestnika projektu o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  |  |
| Zaświadczenie o dochodach i/lub inne dokumenty potwierdzające dochód na osobę samotnie gospodarującą, osobę w rodzinie lub rodzinę.[[6]](#footnote-7) (dotyczy osób, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o którym mowa w ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej) |  |
| Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności bądź innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia – *(dotyczy osób z niepełnosprawnościami, w tym osób chorych psychicznie lub niesprawnych intelektualnie)* |  |
| Pisemna zgoda rodziców/opiekunów prawnych na uczestnictwo w Projekcie – *(dot. osób niepełnoletnich i ubezwłasnowolnionych)*  |  |
| Upoważnienie do dokonywania w imieniu uczestnika projektu i na jego rzecz czynności formalnych związanych z udziałem w projekcie *(dotyczy uczestników projektu, którzy ze względu na swój stan zdrowia nie są w stanie składać samodzielnie oświadczeń)*  |  |

1. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-2)
2. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym:

osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniające co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej

osoby o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym ;

osoby, przebywające w pieczy zastępczej, w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej ;

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

osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty;

osoby z niepełnosprawnością, tj. osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 201;

członek gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;

osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

osoby odbywające kary pozbawienia wolności; z prawdą) lub zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację;

osoby korzystające z PO PŻ; [↑](#footnote-ref-3)
3. 90 dni kalendarzowych w przypadku pomiaru kryterium efektywności zawodowej zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze rynku pracy na lata 2014-2020 lub 3 miesięcy w przypadku pomiaru kryterium efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020. [↑](#footnote-ref-4)
4. Zobowiązanie dotyczy uczestnika Projektu realizowanego w ramach Działania 8.3 RPO WK-P 2014-2020. [↑](#footnote-ref-5)
5. \* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna. [↑](#footnote-ref-6)
6. Zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: „Za dochód uważa się sumę miesięcznych przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie wniosku lub w przypadku utraty dochodu z miesiąca, w którym wniosek został złożony, bez względu na tytuł i źródło ich uzyskania, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, pomniejszoną o: 1) miesięczne obciążenie podatkiem dochodowym od osób fizycznych; 2) składki na ubezpieczenie zdrowotne określone w przepisach o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ubezpieczenia społeczne określone w odrębnych przepisach; 3) kwotę alimentów świadczonych na rzecz innych osób”. [↑](#footnote-ref-7)