

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz należy wypełnić literami drukowanymi, pola zawierające kwadrat należy wypełnić wstawiając znak X przy wybranej pozycji.

Nr projektu grantowego	40/2020/DS			
Nazwa grantobiorcy	GMINA LUBIEŃ KUJAWSKI			
Okres realizacji projektu objętego grantem	OD:	01-10-2021 r.	DO:	31.03.2022 r.

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU				
Imię/Imiona				
Nazwisko				
Wiek w chwili przystąpienia do projektu				
Data urodzenia		Miejsce urodzenia		
PESEL				
Płeć	KOBIETA	<input type="checkbox"/>	MĘŻCZYZNA	<input type="checkbox"/>
Adres zamieszkania ¹				
Ulica				
Nr domu		Nr lokalu (jeśli dotyczy)		
Miejscowość		Kod pocztowy		
Gmina		Powiat		
Województwo				
Telefon: stacjonarny/komórkowy				
Adres e-mail				

¹ Miejszem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) „(...) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

Wykształcenie	Brak wykształcenia		<input type="checkbox"/>	
	Podstawowe		<input type="checkbox"/>	
	Gimnazjalne		<input type="checkbox"/>	
	Ponadgimnazjalne	Liceum	<input type="checkbox"/>	
		Technikum	<input type="checkbox"/>	
		Szkoła Zawodowa/szkoła branżowa	<input type="checkbox"/>	
	Policealne		<input type="checkbox"/>	
Wyższe		<input type="checkbox"/>		
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Szczególna sytuacja uczestnika projektu	STATUS	TAK	NIE
		Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (<i>brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba z niepełnosprawnościami (<i>brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (<i>brak zaznaczenia jakiegokolwiek odpowiedzi będzie traktowany jako odmowa podania informacji</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		GRUPA DOCELOWA	TAK
Przynależność uczestnika do grupy docelowej	Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	Osoby lub rodziny korzystające 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	<input type="checkbox"/>
		Osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/>
		Osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz 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	<input type="checkbox"/>
		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	<input type="checkbox"/>

		<p>Osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
		<p>Osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytocznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
		<p>Członkowie 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;</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

		Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ²	<input type="checkbox"/>
		Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>
		Osoby korzystające z PO Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>
		Osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego	<input type="checkbox"/>
Przynależność uczestnika do grupy docelowej	Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	Osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/>

² 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. Zgodnie z definicją aktualnych Wytocznych 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

		Osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>
		Osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego	<input type="checkbox"/>
Ułatwienia dla osób niepełnosprawnych	<p>W przypadku dodatkowych potrzeb organizacyjnych wynikających z niepełnosprawności, prosimy o podanie takiej informacji podczas zgłoszenia, celem odpowiedniego przygotowania miejsca spotkania.</p> <p>.....</p>		
Załączam dokumenty:			<input type="checkbox"/>
ZESTAWIENIE DOKUMENTÓW POTWIERDZAJĄCYCH STATUS UCZESTNIKA/PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY:			
Lp.	Nazwa dokumentu	Data dokumentu	

OŚWIADCZENIA :

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137) ***oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu objętego grantem w ramach Projektu grantowego LGD „Projekty grantowe Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Dorzecza Zgłowięzki w ramach osi 11”***
2. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym; znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. , poz. 1137)
3. Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/ła w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w *Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem.*
5. Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku, na zasadach określonych w *Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem.*

.....

Miejscowość i Data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu/opiekuna prawnego

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE:

DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU W PROJEKCIE: