

Załącznik nr 1 do: Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

Data wpływu formularza zgłoszeniowego: Godzina:
--

Formularz zgłoszeniowy
do projektu
„Aktywni podkarpaccy niesłyszący”

Projekt „Aktywni podkarpaccy niesłyszący” realizowany jest w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,
OŚ PRIORYTETOWA VIII Integracja społeczna DZIAŁANIE 8.1 Aktywna integracja osób zagrożonych ubóstwem
lub wykluczeniem społecznym z Europejskiego Funduszu Społecznego

I. Dane podstawowe: (proszę uzupełnić i zaznaczyć odpowiedni kwadrat)	
1. Imię	
2. Nazwisko	
3. Płeć (zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
4. Data urodzenia	
5. PESEL	
6. Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
7. Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
II. Dane kontaktowe	
1. Województwo	
2. Powiat	
3. Gmina	
4. Miejscowość	
5. Ulica	
6. Numer budynku/lokalu	
7. Kod pocztowy	
8. Telefon kontaktowy	
9. Adres-mail	

III. Status uczestnika: (proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat)	TAK	NIE
1. Osoba niepełnosprawna (niesłysząca/z uszkodzonym słuchem posiadająca orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny równoważny dokument)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba w wieku 18 lat i więcej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Osoba zamieszkała na terenie woj. podkarpackiego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV. Dane dodatkowe		
1. Czy będzie się Pan/Pani ubiegał/ła się o zwrot kosztów poniesionych na dojazd z miejsca zamieszkania do miejsca realizacji poszczególnych form wsparcia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Osoba zamieszkująca w miejscowości do 20 tys mieszkańców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Osoba pozostająca bez zatrudnienia powyżej 24 miesięcy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V. Wielokrotne wykluczenie		
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia a w tym:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba korzystająca 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. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

pieczę zastępczą o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej		
-osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba niesamodzielna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba odbywająca kary pozbawienia wolności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Świadomy/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis kandydata/-tki