



Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI

Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.
„Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób
Niezależnych KRAKÓW GRZEGÓRZKI”

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
dla Osoby Niezależnej**

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób lub w wyznaczonych miejscach zaznaczyć „X”

1. Dane osobowe kandydata/kandydatki – OSOBY NIEZALEŻNEJ																					
Dane osobowe	Imię (imiona)																				
	Nazwisko																				
	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																			
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu																					
Adres zamieszkania	Powiat																				
	Gmina																				
	Kod pocztowy																				
	Ulica																				
	Numer domu																				
	Numer lokalu																				
Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy																				
	Adres (e-mail)																				
	Adres do korespondencji <i>(jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)</i>																				





<p>Wykształceni e</p>	<p>Należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia</p>	<p>c Brak <i>(brak formalnego wykształcenia)</i></p> <p>c Podstawowe <i>(ukończona szkoła podstawowa)</i></p> <p>c Gimnazjalne <i>(ukończone gimnazjum)</i></p> <p>c Ponadgimnazjalne <i>(ukończone liceum ogólnokształcące lub liceum profilowane lub technikum lub uzupełniające liceum ogólnokształcące/technikum lub zasadnicza szkoła zawodowa)</i></p> <p>c Policealne <i>(ukończona szkoła policealna)</i></p> <p>c Wyższe <i>(uzyskany tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)</i></p>
<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</p>	<p>c osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p>	<p>c osoba długotrwale bezrobotna <i>(dla osoby poniżej 25 r. życia –pozostająca nieprzerwanie bez pracy przez okres 6 miesięcy, dla osoby powyżej 25 r. życia – pozostająca bez pracy nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy)</i></p> <p>c inne</p>
<p>c osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</p>	<p>c osoba długotrwale bezrobotna</p> <p>c inne</p>	
<p>c osoba bierna zawodowo</p>	<p>w tym:</p> <p>c osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p>c osoba ucząca się</p> <p>c inne</p>	
<p>c osoba pracująca</p>	<p>w tym:</p> <p>c osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p>c osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p>c osoba pracująca w MMŚP</p> <p>c osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p>c osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p>c osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p> <p>c inne</p>	
	<p>Wykonywany zawód:</p> <p>c instruktor praktyczne nauki zawodu</p> <p>c nauczyciel kształcenia ogólnego</p> <p>c nauczyciel wychowania przedszkolnego</p> <p>c pracownik kształcenia zawodowego</p> <p>c pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</p> <p>c kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</p> <p>c pracownik instytucji rynku pracy</p>	



	<p>c pracownik instytucji szkolnictwa wyższego c pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej c pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej c pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej c rolnik c inny</p>
	<p>Zatrudniony w: (proszę podać nazwę miejsce pracy)</p> <p>.....</p> <p>.</p> <p>.....</p> <p>.</p>
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:</p> <p>c Tak c Nie c Odmowa podania informacji*</p>
	<p>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</p> <p>c Tak c Nie c Odmowa podania informacji*</p>
	<p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p>c Tak c Nie c Odmowa podania informacji*</p>
	<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</p> <p>c Tak c Nie c Odmowa podania informacji*</p>

(*) Osoba – kandydat do udziału w projekcie ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmowa podania informacji”, co stanowi potwierdzenie, że Organizator wsparcia podjął działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

Uwaga: odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w odniesieniu do cechy, która stanowi przesłankę przyznania wsparcia (np. niepełnosprawność uczestnika), skutkuje brakiem możliwości weryfikacji jego kwalifikowalności i może prowadzi do niezakwalifikowania go do udziału w projekcie.



2. Kryteria udziału w projekcie

a) KRYTERIA DOSTĘPU (należy zaznaczyć właściwe pola)

Oświadczenia Kandydata/Kandydatki – OSOBY NIESAMODZIELNEJ

Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

c Tak

c Nie

Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Metropolii Krakowskiej, tj. na terenie miasta Krakowa lub jednej z gmin: Czernichów, Igołomia-Wawrzeńczyce, Kocmyrzów-Luborzyca, Liszki, Michałowice, Mogilany, Skawina, Świątniki Górne, Wielka Wieś, Zabierzów i Zielonki w powiecie krakowskim oraz Biskupice, Niepołomice i Wieliczka w powiecie wielickim.

c Tak

c Nie

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Oświadczenia

W związku z przystąpieniem do projektu „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnich KRAKÓW GRZEGÓRZKI” w Fundacji Małopolska Izba Samorządowa oświadczam, że:

1. wyrażam chęć i zgodę na uczestnictwo w projekcie „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnich KRAKÓW GRZEGÓRZKI”;
2. zostałam/em poinformowana/y że projekt „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnich KRAKÓW GRZEGÓRZKI” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych i oświadczeń niezgodnych z prawdą. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Fundację Małopolska Izba Samorządowa w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie;
4. zapoznałam/em się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa i akceptuję ich treść oraz zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nich zawartych;
5. spełniam wszystkie kryteria dostępu uprawniające do udziału w projekcie;
6. wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku przez Fundację Małopolska Izba Samorządowa w celach realizacji i promocji projektu „Ośrodek Wsparcia Opiekunów Nieformalnych Osób Niesamodzielnich KRAKÓW GRZEGÓRZKI”;
7. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w



projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

8. świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, iż nie jestem Uczestnikiem/Uczestniczką innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM 2014-2020, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis