



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OPIEKUNA

(proszę wypełnić przez wstawienie znaku „X”, bądź uzupełnienie treści)

I. DANE PODSTAWOWE

1. 2. 3. - -
Nazwisko *Imię* *Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)*

4. 5a. 5b. 5c.
Miejsce urodzenia *Płeć (M, K)* *Wiek (pełne lata)* *PESEL*

II. ADRES ZAMIESZKANIA (zgodnie z Art. 25. Kodeksu Cywilnego):

6.
Miejscowość *Ulica* *Nr budynku* *Nr lokalu*

7. -
Kod pocztowy *Województwo* *Powiat*

8.
Gmina

III. DANE KONTAKTOWE

9.
Nr telefonu *Email*

IV. DANE DODATKOWE

10. Wykształcenie (Proszę wstawić znak X przy wybranej pozycji)

- niższe niż podstawowe lub brak wykształcenia
 podstawowe (*ukończona 6-letnia szkoła podstawowa*)
 gimnazjalne (*ukończone 3-letnie gimnazjum lub 8-letnia szkoła podstawowa*)
 ponadgimnazjalne (*szkoła średnia-wykształcenie średnie ogólnokształcące/techniczne lub zasadnicze zawodowe*)
 policealne
 wyższe

11. Status na rynku pracy

- osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
w tym: osoba długotrwale bezrobotna
 osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy
w tym: osoba długotrwale bezrobotna

- osoba bierna zawodowo
w tym: osoba ucząca się
 osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub w szkoleniu

- osoba pracująca
w tym: osoba pracująca w administracji rządowej
 osoba pracująca w administracji samorządowej
 osoba pracująca w MMŚP
 osoba pracująca w organizacji pozarządowej
 osoba prowadząca działalność na własny rachunek
 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
 inne

Wykonywany zawód:

- instruktor praktycznej nauki zawodu
 nauczyciel kształcenia ogólnego
 nauczyciel wychowania przedszkolnego
 nauczyciel kształcenia zawodowego
 pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
 kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji pomocy społecznej
 pracownik instytucji rynku pracy

Projekt partnerski pn. „Usługi społeczne dla rodziny”



- pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
- pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
- pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
- pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej
- rolnik
- inny

Miejsce zatrudnienia:

V. INFORMACJE DODATKOWE

Zawarte informacje dotyczą danych wrażliwych, Kandydat/ka projektu ma możliwość odmowy podania danych wrażliwych. Odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie

12. Czy należy Pan(i) do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest migrantem lub osobą obcego pochodzenia?

- tak nie odmawiam podania informacji

13. Czy jest Pan(i) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

- tak nie

14. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami ?

- tak i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:
lekkim umiarkowanym znacznym
- nie
 odmawiam podania informacji

16. Czy jest Pan(i) w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?

- tak nie odmawiam podania informacji

17. Deklaruję chęć udziału w następujących formach wsparcia:

- wyjazd usprawniająco-rehabilitacyjny wraz z aktywizacją społeczną, zdrowotną i kulturalną dla osób

niepełnosprawnych jako opiekun dla
imię i nazwisko osoby niepełnosprawnej

Ja niżej podpisany/-a, oświadczam, że:

- a. Zostałem/-am uprzedzony/-a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy i oświadczam że informacje podane w niniejszym Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
- b. Zapoznałem/-am się z zasadami udziału w projekcie „Usługi społeczne dla rodziny”, zawartymi w Regulaminie Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie oraz w pełni akceptuję jego zapisy;
- c. Spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne dla rodziny”, współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Działania RPSW.09.02.01 Rozwój wysokiej jakości usług społecznych, określone w Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Usługi społeczne dla rodziny”;
- d. Zostałem/am poinformowany/na, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego;
- e. Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie dokumenty związane z uczestnictwem w projekcie, przekazane do Powiatu Starachowickiego/Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach stają się ich własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu;
- f. Jestem świadoma(y), że złożenie ww. dokumentów nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie oraz, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi;
- g. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych, zawartych w niniejszym Formularzu, do celów rekrutacji;
- h. Zostałem/-am poinformowany/-a o przysługujących mi prawach wynikających z art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE i wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku, do celów związanych z realizacją i promocją projektu „Usługi społeczne dla rodziny”
- i. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku złożenia oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego obowiązkowym zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w projekcie „Usługi społeczne dla rodziny” Powiat Starachowicki/Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Starachowicach, będzie miała prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnej.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis osoby składającej Formularz Zgłoszeniowy