***Załącznik nr 1 do Zasad rekrutacji do udziału w projekcie***

***„Usługi sąsiedzkie w Aglomeracji Opolskiej”***

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**„Usługi sąsiedzkie w Aglomeracji Opolskiej”**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMACJE O OSOBIE ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ:** (proszę wypełnić drukowanymi literami) | | |
| **Imię i nazwisko** |  | |
| **Data urodzenia** |  | |
| **Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1)** |  | |
| **Nazwa gminy** |  | |
| **Numer telefonu** |  | |
| **Adres e-mail** |  | |
| **Jestem osobą samotnie gospodarującą[[2]](#footnote-2)**  (proszę zakreślić kratkę) | **🞏 TAK 🞏 NIE** | **Jeżeli TAK: mój dochód NETTO wynosi:**    **………………………………………..………** |
| **Jestem osobą w rodzinie**  (proszę zakreślić kratkę) | **🞏 TAK 🞏 NIE** | **Jeżeli TAK: dochód NETTO na osobę w rodzinie wynosi:**  **………………………………………..………** |
| **Czy posiada Pani/Pan orzeczenie o niepełnosprawności?** | (proszę zakreślić właściwą kratkę)  **🞏 TAK 🞏 NIE** | |
| **Czy posiada Pan/Pani** **orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji?** | (proszę zakreślić właściwą kratkę)  **🞏 TAK 🞏 NIE** | |
| (jeżeli dotyczy)  **Dane opiekuna prawnego lub faktycznego[[3]](#footnote-3): imię, nazwisko, nr telefonu, e-mail** |  | |

|  |
| --- |
| 1. Ja, niżej podpisana/y, oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną i ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. 2. Zgłaszam się do udziału w projekcie pn. *„Usługi sąsiedzkie w Powiecie Opolskim”,* realizowanym w ramach Działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych w zakresie usług społecznych – wsparcia dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Opolskiego na lata 2014-2020 (RPO WO 2014-2020). 3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności grupy docelowej uprawniające do udziału w Projekcie „Usługi sąsiedzkie w Aglomeracji Opolskiej”. 4. Jestem świadoma/-y, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie. 5. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. 6. Oświadczam, że zgodnie z art. 24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U z 2002 r Nr 101. pozz926 ze zm) zostałem/-am poinformowany/-a o tym, że moje dane zbierane są przez Fundację Flexi Mind, Dębska Kuźnia ul. Ozimska 12, 46-053 Chrząstowice, w celach rekrutacji do projektu pn. *„Usługi sąsiedzkie w Powiecie Opolskim”*. Wiem, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz konieczne – bez podania danych osobowych nie jest możliwe branie udziału w rekrutacji do projektu. 7. Uprzedzona/-y o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajanie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.   **Data Czytelny podpis osoby zgłaszającej się / Opiekuna/-ki prawnego/-ej**  ………………………… …………………………………………………...……………………..……… |

***Skan lub zdjęcie formularza proszę przesłać na adres:*** [***biuro@fleximind.pl***](mailto:biuro@fleximind.pl) ***w terminie do 30.11.2020 r. godz. 20.00.***

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE O OSOBIE WSKAZANEJ DO PEŁNIENIA FUNKCJI OPIEKUNA/OPIEKUNKI**  **(jeżeli dotyczy):**  (proszę wypełnić drukowanymi literami) | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

1. W rozumieniu Kodeksu cywilnego [↑](#footnote-ref-1)
2. Tj. w gospodarstwie, w którym dana osoba zamieszkuje samotnie, w którym nie zamieszkują z nią inne osoby [↑](#footnote-ref-2)
3. Opiekun faktyczny – osoba pełnoletnia opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędąca opiekunem zawodowym i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny [↑](#footnote-ref-3)