



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Centrum Asystenckie PORT”

Formularz zgłoszeniowy do projektu Centrum Asystenckie PORT

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

FORMA WSPARCIA:	ASYSTENT OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI
DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Wiek	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL lub inny identyfikator gdy brak PESEL	
DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA	
Województwo	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski Obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA).
Powiat	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

Projekt „Centrum Asystenckie PORT” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Beneficjent: Stowarzyszenie YAVA Nabór: FESL.07.04-IZ.01-032/23 Nr projektu: FESL.07.04-IZ.01-057H/23-006



POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE UCZESTNIKA (Proszę zaznaczyć właściwe przez wstawienie znak X)	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji <input type="checkbox"/> Tak
Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie



	<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
Czy jesteś osobą:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)</i> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE z niepełnosprawnością sprzężoną <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)</i> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE z chorobami psychicznymi <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności i/lub stosownego zaświadczenia lekarskiego o stwierdzonych zaburzeniach psychicznych)</i> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE z niepełnosprawnością intelektualną <i>(wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia uzyskanego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)</i> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10); <i>(w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10, wymagana potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia zdiagnozowanych całościowych zaburzeń rozwojowych)</i> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE korzystając z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027; <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE zamieszkujące samotnie; <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożone bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego); <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną.



Opis indywidualnych potrzeb komunikacyjnych (przemieszczanie się)		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> ... <i>proszę wpisać:</i>		
Opis indywidualnych potrzeb, potencjału i osobistych preferencji w zakresie usług wsparcia oferowanych w projekcie		
<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> ... <i>proszę wpisać:</i>		
Kryteria premiujące:	TAK	NIE
o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (+4 pkt)		
z niepełnosprawnością sprzężoną (+5 pkt)		
z chorobami psychicznymi (+1 pkt)		
z niepełnosprawnością intelektualną (+2 pkt)		
z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10 (+4)		
korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (+2 pkt)		
zamieszkujące samotnie (+2 pkt)		
Kryteria niezbędne do ustalenia odpłatności za udział w projekcie:	TAK	NIE
osoba samotnie gospodarująca, której dochód nie przekracza kwoty 1 164 zł		
osoba w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 900 zł		
rodzina, której dochód nie przekracza sumy kwot kryterium dochodowego na osobę w rodzinie		

.....

(data)

.....

(czytelny podpis)



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

(imię i nazwisko)

pouczony i świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie określone w §3 Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Centrum Asystenckie PORT.”
2. Oświadczam, że zapoznałam/ em się z regulaminem uczestnictwa w projekcie, zobowiązuje się do jego przestrzegania oraz zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, do których zostałam/ em zakwalifikowana/y.
3. Oświadczam, że zakres wsparcia w projekcie nie powiela wsparcia otrzymywanego przeze mnie z innych źródeł.
4. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu.
5. Oświadczam, iż jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania z art. 233 §1 kodeksu karnego (Dz. U. z 2022,poz. 1138 ze zm) oraz, że podane informacje w wszelkich formularzach niezbędnych do udziału w projekcie są zgodne ze stanem faktycznym.
6. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest dofinansowany przez Unię Europejską w ramach Funduszu Europejskiego dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+).
7. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych - Zarząd Województwa Śląskiego pełniącego rolę Instytucji Zarządzającej programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (IZ FE SL).
8. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dot. przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych – Stowarzyszenie YAVA
9. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail).
10. Dotyczy wyłącznie OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH – Oświadczam, że pozostanę w gotowości do świadczenia usług opiekuńczych w społeczności lokalnej dzięki wsparciu w projekcie oraz zobowiązuję się do udziału w badaniu monitorowania stopnia realizacji do gotowości świadczenia usług opiekuńczych w społeczności lokalnej 4 tygodni od zakończenia projektu.

.....
.....

(data)

.....
.....

(czytelny podpis)