

**Formularz zgłoszenia uczestnictwa****do projektu „Kujawsko-Pomorska Sieć Dziennych Domów Pomocy”**

współfinansowanego ze środków Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027,  
Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia  
społecznego, Działanie 08.24 Usługi społeczne i zdrowotne

**UWAGI:**

1. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz wydrukować i podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
2. Należy uzupełnić wszystkie rubryki; jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „Nie dotyczy”.
3. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
4. W przypadku skorygowania jakichkolwiek odpowiedzi, należy przekreślić błędne wskazanie i postawić parafę.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „X”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU**

Lp.	DANE PERSONALNE																					
1.	Imię																					
2.	Nazwisko																					
3.	Data urodzenia																					
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
5.	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <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> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> brak																				
6.	Wiek w chwili przystąpienia do projektu																					
7.	Telefon kontaktowy																					
8.	Adres e-mail:																					
Wykształcenie																						
9.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „X” we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<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																				



Adres zamieszkania			
10.	a	Miejscowość	
	b	Ulica, nr domu / lokalu	
	c	Nr budynku	
	d	Nr lokalu	
	e	Kod pocztowy <sup>1</sup>	
	f	Województwo	
	g	Powiat	
	h	Gmina	
Adres korespondencyjny (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)			
<input type="checkbox"/> DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY			
11.	a	Miejscowość	
	b	Ulica, nr budynku / lokalu	
	c	Kod pocztowy	
	d	Województwo	
	e	Powiat	
	f	Gmina	

## II. PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA OBLIGATORYJNE DO UDZIAŁ W PROJEKCIE:		
Spełnianie warunków udziału w projekcie (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania, co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.  <b>Przedkładam zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia lekarska, bądź decyzję OPS/CUS dotyczącą przyznania usługi opiekuńczej/specjalistycznej usługi opiekuńczej.</b>
	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą fizyczną zamieszkującą w rozumieniu Kodeksu Cywilnego lub pracującą lub uczącą się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

<sup>1</sup> Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod który podlega dana miejscowość.



	<p>Na dowód czego przedkładam dokumenty zobowiązaniowe wystawione na moją osobę i mój adres zamieszkania, np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty np. umowa najmu, karta pobytu.</p> <p><b>Lub jestem osobą uczącą się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.</b></p> <p>Na dowód czego przedkładam dokument – zaświadczenie ze szkoły/placówki.</p> <p><b>Lub jestem osobą pracującą na terenie województwa kujawsko-pomorskiego</b></p> <p>Na dowód czego przedkładam zaświadczenie od pracodawcy lub kopię umowy o pracę/umów cywilnoprawnych, w których określono miejsce wykonywania pracy.</p>														
<b>KRYTERIA PREMIUJĄCE</b>															
Spełnianie kryteriów preferencyjnych (proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach)	<table border="1"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Jestem osobą niepełnosprawną, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, co potwierdza dołączone orzeczenie o niepełnosprawności</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) , co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Jestem osobą korzystającą z Programu FE PŻ</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Jestem osobą zamieszkującą samotnie</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niepełnosprawną, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, co potwierdza dołączone orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) , co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą korzystającą z Programu FE PŻ	<input type="checkbox"/>	Jestem osobą zamieszkującą samotnie
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niepełnosprawną, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, co potwierdza dołączone orzeczenie o niepełnosprawności														
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ														
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ														
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną, co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ														
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) , co potwierdza zaświadczenie wydane przez właściwy organ														
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą korzystającą z Programu FE PŻ														
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą zamieszkującą samotnie														



### III. STATUS KANDYDATA

INFORMACJE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA:		
<p>Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „X” w każdym właściwym miejscu)</p>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p><b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:</b></p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p><b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy, w tym:</b></p> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p><b>Osoba bierna zawodowo<sup>2</sup>, w tym:</b></p> <input type="checkbox"/> osoba pobierająca rentę/emeryturę <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p><b>Osoba pracująca, w tym:</b></p> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy	<p><b>Wykonywany zawód, w tym:</b></p> <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
		<p><b>Zatrudniona w (nazwa instytucji/firmy):</b></p> <p>.....</p>

<sup>2</sup> Osoby bierne zawodowo – osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Są to osoby posiadające wyłącznie własne niezarobkowe źródło utrzymania lub pozostające na utrzymaniu innych osób. Do grupy tej należą: emeryci; renciści; osoby uczące się; osoby, które zaniechały poszukiwania pracy ze względu na zniechęcenie bezskutecznością poszukiwania pracy oraz inne powody, w tym osobiste lub rodzinne.



#### IV. SZCZEGÓLNA SYTUACJA

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	<p><b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>
	<p><b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p><b>Osoba z niepełnosprawnościami</b></p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p> <p><i>Jeśli TAK - czy zgłasza Pan / Pani specjalne potrzeby / ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?.....</i></p> <p>.....</p>
	<p><b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</b> (innej niż wymienione powyżej, m.in.: osoby z obszarów wiejskich)</p> <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>

**Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.**

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU\*

\* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.