Załącznik nr 1. do Regulaminu Rekrutacji Uczestników w ramach projektu „Integracja społeczna osób najbardziej potrzebujących wsparcia w gminie Frampol „

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

**Integracja społeczna osób najbardziej potrzebujących wsparcia w Gminie Frampol**

Nr projektu: **FELU.08.09-IZ.00-001/24**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i Nazwisko** |  |
| **Data urodzenia** |  | **Miejsce urodzenia** |  |
| **PESEL** |  | **Wiek** |  |
| **Płeć** | **□ K****□ M** | **Obywatelstwo** |  |
| **Adres zamieszkania** |
| **Ulica**  |  | **Nr domu**  |  | **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** |  |
| **Kraj** |  | **Obszar wg stopnia urbanizacji DEGURBA** |  |
| **Adres zameldowania (wypełnić, jeśli jest inny niż adres zamieszkania)** |
| **Ulica**  |  | **Nr domu**  |  | **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  | **Kod pocztowy** |  | **Poczta** |  |
| **Gmina** |  | **Powiat** |  |
| **Kraj** |  |  |  |
| **Dane kontaktowe** |
| **Telefon** |  |  |
| **Adres e-mail** |  |
| **Wykształcenie:**☐ Brak formalnego wykształcenia☐ Podstawowe☐ Gimnazjalne☐ Średnie☐ Zawodowe☐ Wyższe | **Status na rynku pracy:**☐ Osoba bezrobotna (zarejestrowana w PUP)☐ Osoba długotrwale bezrobotna☐ Osoba bierna zawodowo☐ Osoba pracująca☐ Osoba ucząca się☐ emeryt☐ rencista |
| **Osoba obcego pochodzenia** | **☐ Tak ☐ Nie** |
| **Osoba państwa trzeciego** | **☐ Tak ☐ Nie** |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej** | **☐ Tak ☐ Nie** |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | **☐ Tak ☐ Nie** |
| **Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą/przebywającą na terenie Gminy Frampol (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego)**☐ Tak ☐ Nie**Czy jest Pan/Pani osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym lub osobą z otoczenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym?**☐ Tak ☐ Nie |
| **Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o niepełnosprawności :**☐ Tak (załączam kopię orzeczenia)☐ Nie |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnościami:****☐ Tak ☐ Nie** |
| **Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: …………………………………………………..** |
| **Posiadam więcej niż jeden rodzaj niepełnosprawności :****☐ Tak- niepełnosprawność sprzężona (załączam kopię orzeczenia)****☐ Nie** |
| **Rodzaj niepełnosprawności:**☐ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (orzeczenie o niepełnosprawności)☐ Osoba z chorobami psychicznymi (zaświadczenie od lekarza)☐ Osoba z niepełnosprawnością intelektualną (orzeczenie o niepełnosprawności)☐ Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10 (orzeczenie o niepełnosprawności) |
| **Czy korzysta Pan/Pani z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa:**☐ Tak ☐ Nie |
| **Jestem osobą samotnie zamieszkującą?**☐ Tak ☐ Nie |
| **Czy doświadcza Pan/Pani wielokrotnego wykluczenia społecznego?**☐ Tak (załączam oświadczenie)☐ Nie |
| **Czy jest Pan/Pani osobą, która w ostatnim czasie opuściła placówkę opieki instytucjonalnej (oświadczenie)**☐ Tak (załączam oświadczenie) ☐ Nie |
| **Czy jest Pan/Pani osoba, która opuściła jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 miesięcy (oświadczenie)**☐ Tak (załączam oświadczenie)☐ Nie |

……………………………… ………………………………………..

 (miejscowość i data) (czytelny podpis Uczestnika Projektu)

**OŚWIADCZENIA**

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z **Regulaminem Rekrutacji Uczestników do Projektu** oraz akceptuję jego warunki.
2. Zobowiązuję się do aktywnego udziału w zaplanowanych formach wsparcia w ramach projektu.
3. Oświadczam, że dane podane w formularzu są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń.
4. Zobowiązuję się do dostarczenia wymaganych dokumentów potwierdzających spełnianie kryteriów udziału w projekcie.

……………………………… ………………………………………..

 (miejscowość i data) (czytelny podpis Uczestnika Projektu)

 ………………………………………

 (czytelny podpis opiekuna prawnego

 Uczestnika Projektu – jeśli dotyczy)