|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku”****dla osób świadczących usługi sąsiedzkie/opiekuńcze**  |
| **Nr wniosku** | **FESL.07.04-IZ.01-057F/23-003** |
| **Nazwa Programu** | **Program Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 Europejski Fundusz Społeczny Plus** |
| **Beneficjent** | **CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ** |
| **DANE OSOBOWE PODSTAWOWE** |
| **Imię/Imiona** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** (jeżeli osoba nie posiada proszę wpisać BRAK) |  |
| **Rodzaj uczestnika** | 🞏 Indywidualny 🞏 Pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu |
| **Obywatelstwo** | 🞏 obywatelstwo polskie🞏 brak obywatelstwa polskiego - obywatel kraju UE 🞏 brak obywatelstwa polskiego lub UE  |
| **Wykształcenie** | 🞏 średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) 🞏 ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)🞏 wyższe (ISCED 5-8) |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| **Kraj zamieszkania** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Telefon kontaktowy**  |  |
| **Numer telefonu**  |  |
| **Adres e-mail**  |  |
| **STATUS W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| **Osoba obcego pochodzenia**  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Osoba państwa trzeciego (poza UE)** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)** | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 odmowa podania informacji |
| **Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 odmowa podania informacji |
| **SPECJALNE POTRZEBY** |
| **Osoba potrzebująca specjalnego wsparcia w projekcie** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jeśli zaznaczono tak proszę opisać jakie lub zaznaczyć, któreś z poniższych………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **Zapewnienie tłumacza języka migowego** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?** **Jeśli TAK, proszę opisać jakie:…………………………………………………………….……………** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **STATUS NA RYNKU PRACY** |
| **Osoba bezrobotna** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **w tym** | 🞏 osoba długotrwale bezrobotna🞏 inne |
| **Osoba bierna zawodowo** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **w tym** | 🞏 osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu 🞏 osoba ucząca się/odbywająca kształcenie 🞏 inne  |
| **Osoba pracująca** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Jeśli tak**  | 🞏 prowadząca działalność na własny rachunek🞏 pracująca w administracji rządowej🞏 pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)🞏 pracująca w organizacji pozarządowej🞏 pracująca w MMŚP🞏 pracująca w dużym przedsiębiorstwie🞏 pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą🞏 pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)🞏 pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)🞏 pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)🞏 pracująca na uczelni🞏 pracująca w instytucie naukowym 🞏 pracująca w instytucie badawczym🞏 pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci  Badawczej Łukasiewicz🞏 pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym🞏 pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki🞏 osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej 🞏 inne |
| **RODZAJ USŁUGI JAKĄ BĘDZIE ŚWIADCZYĆ W RAMACH PROJEKTU** |
|  🞏 USŁUGI SĄSIEDZKIE 🞏 SPECJALISTYCZNE USŁUGI OPIEKUŃCZE  |
| **KWALIFIKOWALNOŚC UCZESTNIKA** |
| **Czy osoba została wskazana jako zaufana przez uczestnika projektu** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Czy osoba ukończyła 18 rok życia – wymagane w przypadku usług sąsiedzkich** | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| **Czy osoba posiada dyplom pielęgniarki – wymagane w przypadku usług opiekuńczych** | 🞏 TAK 🞏 NIE |

**OŚWIADCZENIA**

1. Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku ” oraz zaproponowanych formach wsparcia w projekcie realizowanym przez Caritas Diecezji Sosnowieckiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego
2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie
07.04-Usługi społeczne.
2. Zostałem poinformowany/-a, że projekt „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności do projektu „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku”
4. Uprzedzony/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.
5. Oświadczam, że znane mi są zapisy „Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na Śląsku” oraz akceptuję jego postanowienia, w tym warunki uczestnictwa w projekcie.
6. Oświadczam, że w przypadku zakwalifikowania mnie do w/w, będąc jego uczestnikiem nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w takim samym terminie, w innym projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus o tożsamym charakterze, w szczególności realizowanym w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027, Priorytet FESL.07.00-Fundusze europejskie dla społeczeństwa, Działanie 07.04-Usługi społeczne.
7. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (e-mail) na nr telefonu i adres e-mail podane w formularzu zgłoszeniowym
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na weryfikację przez personel projektu danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym i uprawnionych do tego instytucjach w przypadku takiej konieczności

**…..……………………............…………… ……………….……......………………………………… Miejscowość, data Czytelny podpis kandydata/ki do projektu\***

\*W przypadku gdy Kandydat nie może samodzielnie podpisać dokumentu lub kontakt z nim jest ograniczony ustaleń dokonuje się z Opiekunem prawnym/faktycznym i Opiekun podpisuje formularz zgłoszeniowy.