|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.