**

*Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus*

*w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027*

*załącznik nr 1 do Regulaminu*

***projekt pn.: „Stowarzyszenie otwarte na potrzeby osób z niepełnosprawnościami”***

|  |
| --- |
| Prosimy o staranne, czytelne wypełnienie formularza |
| Data i godzina wpływu, Pieczątka Stowarzyszenia |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU**

1. **Dane osobowe kandydata/kandydatki do udziału w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię  |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Obywatelstwo(podkreślić właściwe) | 1.Obywatelstwo polskie2.brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju EU3.brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE (bezpaństwowiec)  |
| Kraj |  |
| Miejsce zamieszkania (miejscowość i kod pocztowy)  |  |
| gmina |  |
| powiat |  |
| województwo |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Wykształcenie(podkreślić właściwe) | 1.podstawowe lub gimnazjalne2.ponadgimnazjalne lub policealne3.wyższe |
| Status na rynku pracy(podkreślić właściwe) | 1.osoba pracująca2.osoba bierna zawodowo3.osoba bezrobotna |
| Status kandydata na uczestnika projektu(podkreślić właściwe) | 1.osoba z niepełnosprawnościami2.obcego pochodzenia3.państwa trzeciego4.należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie5. bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |

1. **Oświadczam że jestem osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (w rozumieniu ustawy z dnia 27.08.1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej (...), bądź tożsamy dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19.08.1994 o ochronie zdrowia psychicznego bądź też inne dokumenty wymienione w pkt. 1.6 regulaminu konkursu tj.:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa dokumentu | TAK\* | NIE\* |
| orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym |  |  |
| orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, |  |  |
| orzeczenie o niezdolności do pracy |  |  |
| orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności |  |  |
| orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane zewzględu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim |  |  |
| inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd |  |  |
| w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzającystan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lubopinia. |  |  |

\*Zaznaczyć właściwe

Wskazany powyżej dokument jest załącznikiem do niniejszego formularza!

1. **W celu otrzymania punktów w kryteriach premiujących oświadczam, że jestem osobą:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Spełnienie warunku | TAK\* | NIE\* |
| 1. o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
 |  |  |
| 1. z niepełnosprawnością sprzężoną
 |  |  |
| 1. z chorobami psychicznymi
 |  |  |
| 1. z niepełnosprawnością intelektualną
 |  |  |
| 1. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD1
 |  |  |
| 1. korzystającą z programu FE PŻ
 |  |  |
| 1. dzieckiem wychowującą się poza rodziną biologiczną
 |  |  |
| 1. zamieszkującą samotnie
 |  |  |

**\***Zaznaczyć właściwe

Uwaga! Warunkiem otrzymania punktów w kryteriach premiujących jest potwierdzenie spełnienia kryterium właściwym dokumentem, w szczególności zaświadczeniem lub innym dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot,

albo oświadczeniem uczestnika projektu (w uzasadnionych przypadkach, gdy nie jest możliwe uzyskanie innego dokumentu – dotyczy ppkt. g i h)

W odniesieniu do powyższego **OŚWIADCZAM,** że\*:

- jestem dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną

- jestem osobą zamieszkującą samotnie

*\*(niepotrzebne skreślić*)

4. Oświadczam, że\*:

* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Stowarzyszenie otwarte na potrzeby osób z niepełnosprawnościami”
* zostałem/am poinformowany/na, że Projekt realizowany jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027
* Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego do projektu nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem się do projektu
* Dane podane w Formularzu zgłoszeniowym do projektu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym
* wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie wymienionym w Formularzu zgłoszeniowym, co potwierdzam w załączniku nr 1 oraz załączniku nr 2 do niniejszego formularza. Brak zgody na przetwarzanie danych osobowych wyklucza moje uczestnictwo w projekcie.

\**Zaznaczyć* **X**

 ……………………………………………………………………………....

 Data i podpis składającego formularz\*

\**w przypadku osoby niepełnoletniej podpis rodzica/opiekuna prawnego*

Załączniki do formularza zgłoszeniowego:

1. załącznik nr 1 do formularza zgłoszeniowego – Formularz klauzuli informacyjnej Województwa Śląskiego
2. załącznik nr 2 do formularza zgłoszeniowego – Formularz klauzuli informacyjnej Stowarzyszenia Integracyjnego EUROBESKIDY
3. Właściwy dokument zgodnie z pkt. 2 niniejszego formularza
4. Właściwy dokument zgodnie z pkt. 3 niniejszego formularza
5. Załącznik nr 2 do Regulaminu - Formularz zgłaszania potrzeb
6. Załącznik nr 3 do Regulaminu - Oświadczenie o dochodach