



Załącznik nr 1b do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
pn. „Wsparcie osób niesamodzielných na terenie Miasta i Gminy Piwniczna-Zdrój”

Data wpływu do Organizatora: Dodatkowe punkty:.....

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY - OPIEKUN NIEFORMALNY

1. Dane kandydata - opiekun nieformalny

IMIĘ:											
NAZWISKO:											
PESEL:											
PŁEĆ:	☐ kobieta						☐ mężczyzna				
DATA URODZENIA						WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:					
WYKSZTAŁCENIE:	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)										
	☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub Policealne (ISCED 4)										
	☐ Wyższe (ISCED 5-8)										
DANE KONTAKTOWE:											
Województwo:											
Powiat:											
Gmina:											
Miejscowość:							Kod pocztowy:				
Ulica:							Nr budynku:		Nr lokalu:		
Telefon kontaktowy:											
Adres e-mail:											
Obszar (uzupełnia pracownik projektu)											

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ

Prosimy o zaznaczenie **jednej** odpowiedzi: (z ewentualnym zaznaczeniem długotrwałej bezrobotności w przypadku osób bezrobotnych bądź osoby uczącej się lub kształcącej):

☐ osoba pracująca:

w tym:

☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek

☐ osoba pracująca w administracji rządowej

☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]

☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej

☐ osoba pracująca w MMŚP

☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie

☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą

☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)

☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)

☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)

☐ osoba pracująca na uczelni

☐ osoba pracująca w instytucie naukowym

☐ osoba pracująca w instytucie badawczym

☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz

☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym

☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki

☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej

☐ inne

☐ Jestem bezrobotna/y (zarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym:

☐ długotrwale bezrobotna/y (nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*

☐ Jestem bezrobotna/y (niezarejestrowana/y w Urzędzie Pracy), w tym:

☐ długotrwale bezrobotna/y (nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)*

DANE DOTYCZĄCE SYTUACJI ZAWODOWEJ	
☐ Jestem bierna/y zawodowo, w tym: ☐ osoba uczącą się lub kształcącą Za osoby bierne zawodowo mogą zostać uznane: – Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. – Studenci studiów niestacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane jako osoby bezrobotne. – Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, <u>który nie mieści się</u> w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne. – Osoby w wieku emerytalnym. – Osoby posiadające uprawnienia rentowe.	
DANE DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA	
Osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie
Osoba państwa trzeciego	☐ Tak ☐ Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji*
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnościami (posiadająca stwierdzony stopień niepełnosprawności)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji*

* Uczestnik projektu ma prawo odmowy podania danych wrażliwych. W takiej sytuacji należy zaznaczyć w formularzu odpowiedź „odmawiam podania danych”, co stanowi potwierdzenie, że podjęto działania w celu zebrania przedmiotowych danych.

ANKIETA POTRZEB DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI		
Rodzaj potrzeby	Proszę opisać potrzebę	Nie zgłaszam specjalnych potrzeb lub nie dotyczy
Dostosowanie przestrzeni z uwagi na ograniczenia ruchowe:		☐
Zapewnienie specjalistycznej formy materiałów projektowych/warsztatowych:		
Zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie:		
Zapewnienie tłumacza języka migowego:		
Dostosowanie czasu/zwolnienie tempa ze względu na konieczność tłumaczenia na język migowy:		
Wydłużony/adekwatny czas wsparcia:		
Umożliwienie powrotu do przekazywania treści		
Umożliwienie dostosowania godz. zajęć do potrzeb UP:		
Zapewnienie asystenta osobie z niepełnosprawnością		
Inne:		

2. Kryteria udziału w projekcie

a) Kryteria dostępu

Niniejszym oświadczam, że:		
jestem opiekunem osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	TAK ☐	NIE ☐
moje miejsce zamieszkania znajduje się na terenie Gminy Krynica-Zdrój	TAK ☐	NIE ☐

3. Dane podopiecznego - osoby niesamodzielnej

IMIĘ:	
NAZWISKO:	

Oświadczenia:

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Wsparcie osób niesamodzielných na terenie Miasta i Gminy Piwniczna-Zdrój” oświadczam, że:

1. dane podane w formularzu odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej, jaką poniosę w przypadku podania nieprawdziwych danych. Jednocześnie zobowiązuję się poinformować Beneficjenta w przypadku, gdy podane dane ulegną zmianie. Zostałem pouczony o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
2. zapoznałam/em się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* pn. „Wsparcie osób niesamodzielných na terenie Miasta i Gminy Piwniczna-Zdrój”, akceptuję jego treść i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu (rekrutacyjne) uprawniające do udziału w projekcie;
4. wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym jako uczestnik projektu oraz zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania ankietera po zakończeniu udziału w projekcie oraz na badanie mające na celu określenie realizacji wskaźników zawartych w projekcie.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis kandydata