

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pt. „Aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Gminy CEKCYN na bazie gospodarstw opiekuńczych”.

|   |  |
|---|--|
| Zgłaszam chęć udziału w projekcie pt. „Aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Gminy CEKCYN na bazie gospodarstw opiekuńczych” we wskazanym poniżej gospodarstwie opiekuńczym: |  |
| <input type="checkbox"/> gospodarstwo opiekuńcze Stary Sumin 24   | <input type="checkbox"/> gospodarstwo opiekuńcze Kruszka 6   |
| Rodzaj wsparcia, w którym chcę wziąć udział:  | <input type="checkbox"/> warsztaty z psychologiem<br><input type="checkbox"/> warsztaty aktywizujące<br><input type="checkbox"/> zajęcia podsumowujące – integracyjne<br><input type="checkbox"/> wyjazdy kulturalno-integracyjne<br><input type="checkbox"/> spotkanie integrująco-upowszechniające |

| OŚWIADCZENIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ (uczestnika)   |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Oświadczam, że zamieszkuję na obszarze Lokalnej Strategii Rozwoju opracowanej dla Partnerstwa „Lokalna Grupy Działania Bory Tucholskie” (powiat tucholski – GMINA CEKCYN)  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Proszę podać gminę oraz miejscowość zgodną z miejscem zamieszkania uczestnika:   | Gmina:<br>CEKCYN             | Miejscowość:<br>.....        |
| Oświadczam, że będę uczestniczyć maksymalnie w dwóch projektach dofinansowanych przez Partnerstwo „Lokalna Grupa Działania Bory Tucholskie” w ramach naborów 1/2019/EFS, 2/2019/EFS oraz naboru 3/2019/EFS   | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że spełniam kryteria określone dla osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| Proszę wskazać przesłankę zagrożenia ubóstwem lub wykluczenia społecznego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):   |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej<br><b><u>(Zaznaczyć właściwe):</u></b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ubóstwo;</li> <li>2) sieroctwo;</li> <li>3) bezdomność;</li> <li>4) bezrobocie;</li> </ol> |                              |                              |

- 5) niepełnosprawność;
- 6) długotrwała lub ciężka choroba;
- 7) przemoc w rodzinie;
- 7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze;
- 11) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
- 12) trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
- 13) alkoholizm lub narkomania;
- 14) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowej;
- 15) klęska żywiołowa lub ekologiczna.

osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;

**(Zaznaczyć właściwe):**

- 1) bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 2) uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;
- 3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;
- 4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
- 5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;
- 6) zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
- 8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;

osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);

osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.);

osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;*

rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;

osoby, dla których ustalono III profil pomocy zgodnie z *ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy* (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);

osoby niesamodzielne;

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;*

osoby korzystające z PO PŻ.

Do formularza załączam stosowny dokument (zaświadczenie, orzeczenie itp.) potwierdzający przesłankę wykluczenia (np. w przypadku osoby niepełnosprawnej orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku korzystania z pomocy społecznej zaświadczenie z OPS). Jedynie w przypadku braku możliwości potwierdzenia kwalifikowalności uczestnika na podstawie zaświadczenia dopuszcza się możliwość potwierdzenia na podstawie oświadczenia ujętego w formularzu zgłoszeniowym.

### DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA

|                                       |  |              |   |
|---------------------------------------|--|--------------|---|
| Imię (imiona) i nazwisko              |  |              |   |
| Pesel                                 |  | Płeć         | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA<sup>1</sup></b> |  |              |   |
| Ulica                                 |  |              |   |
| Numer domu                            |  | Numer lokalu |   |
| Miejscowość                           |  | Kod pocztowy |   |
| Telefon kontaktowy                    |  | Adres e-mail |   |

### NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU OSÓB NIESAMODZIELNYCH

|  |   |                              |
|--|---|------------------------------|
| Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną, tzn. nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego tj.; kąpanie się; ubieranie się i rozbieranie; korzystanie z toalety; wstawanie z łóżka i przemieszczanie się na fotel; samodzielne jedzenie; kontrolowanie wydalania moczu i stolca. | <input type="checkbox"/> TAK  | <input type="checkbox"/> NIE |
| Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną ze względu na:<br>(proszę zaznaczyć wszystkie właściwe)   | <input type="checkbox"/> wiek (min. 65 lat)   |                              |
|  | <input type="checkbox"/> niepełnosprawność (wymagane orzeczenie)                            |                              |
|  | <input type="checkbox"/> stan zdrowia (inny niż niepełnosprawność – wymagane zaświadczenie) |                              |

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis\*<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

<sup>2</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna