

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

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

Zgłaszam chęć udziału w projekcie pt. „Aktywizacja społeczno-zawodowa mieszkańców Gminy TUCHOLA na bazie gospodarstw opiekuńczych” we wskazanym poniżej gospodarstwie opiekuńczym:	
<input type="checkbox"/> gospodarstwo opiekuńcze Legbąd	<input type="checkbox"/> gospodarstwo opiekuńcze Nad Brdą 1, Tuchola
Rodzaj wsparcia, w którym chcę wziąć udział:	<input type="checkbox"/> warsztaty z psychologiem <input type="checkbox"/> warsztaty aktywizujące <input type="checkbox"/> zajęcia podsumowujące – integracyjne <input type="checkbox"/> wyjazdy kulturalno-integracyjne <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 TUCHOLA)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Proszę podać gminę oraz miejscowość zgodną z miejscem zamieszkania uczestnika:	Gmina: TUCHOLA	Miejscowość:
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 <u>(Zaznaczyć właściwe):</u> <ol style="list-style-type: none"> 1) ubóstwo; 2) sieroctwo; 3) bezdomność; 4) bezrobocie; 		

- 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
ADRES ZAMIESZKANIA¹			
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: (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*²

¹ 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.

² W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna