

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji

**Wniosek o przyznanie pomocy w formie pobytu
w Mieszkanii wspomaganym/treningowym w Kamieniu Pomorskim**

Informacje wypełniane przez PSONI Koło w Kamieniu Pomorskim	
Data i godzina przyjęcia formularza	
Numer formularza/Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

DANE KANDYDATKI / KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Lp.	Nazwa	
1.	Kraj	Polska
2.	Rodzaj uczestnika	Indywidualny
3.	Imię	
4.	Nazwisko	
5.	PESEL	
6.	Płeć	
7.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe

8.	Województwo	
9.	Powiat	
10.	Gmina	
11.	Miejscowość	
12.	Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś
13.	Ulica	
14.	Nr budynku	
15.	Nr lokalu	
16.	Kod pocztowy	
17.	Telefon kontaktowy	
18.	Adres e-mail	
19.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba pracująca: <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Wykonywany zawód	

	Osoba zatrudniona w (miejsce zatrudnienia)	
20.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
21.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
22.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym: Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu znacznym Symbol przyczyny niepełnosprawności: Data ważności orzeczenia:
23.	Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
24.	Osoba z niedosłuchem lub niesłysząca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
25.	Osoba niedowidząca lub niewidoma	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
26.	Osoba z niepełnosprawnością ruchową w tym z afazją	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

27.	Osoba z autyzmem lub zespołem Aspergera	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
28.	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
29.	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
30.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
31.	Dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
32.	Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie – dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym jak i w załącznikach są na dzień	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	dzisiejszy aktualne	
33.	Ubezważnowolnienie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> CZĘŚCIOWE <input type="checkbox"/> CAŁKOWITE <input type="checkbox"/> NIE

Dane teleadresowe rodzica/opiekuna prawnego (wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubeważnowolnioną)		
Imię i Nazwisko		
Miejscowość		
Rodzaj miejscowości	<input type="checkbox"/> Miasto	<input type="checkbox"/> Wieś
Ulica, nr domu / lokalu		
Kod pocztowy		
Województwo		
Powiat/ Gmina		
Telefon		

OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Świadoma/-y odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub składania fałszywych oświadczeń, oświadczam że:

- dane zawarte we wniosku o przyznanie pomocy w formie pobytu w Mieszkanium wspomagany/treningowym w Kamieniu Pomorskim są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- dobrowolnie deklaruję chęć udziału w projekcie pn. „Mieszkania wspomagane/treningowe w Kamieniu Pomorskim”,
- zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji do projektu pn. „Mieszkania wspomagane/treningowe w Kamieniu Pomorskim”, oraz akceptuję jego warunki,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie swoich danych osobowych zawartych we wniosku o przyznanie pomocy w formie pobytu w Mieszkanium wspomagany/treningowym w Kamieniu Pomorskim do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Wnioskodawcy z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Szczecinie,
- udzielam Wnioskodawcy prawa do nieodpłatnego wielokrotnego, wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Wnioskodawcę działalnością i celami projektu pn. „Mieszkania wspomagany/treningowym w Kamieniu Pomorskim” (zgoda wydawana jest bezterminowo),
- zostałam poinformowany o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII; Działanie 7.6 „Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym”.

.....
(data i czytelny podpis kandydata/ki)

Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	

.....
(podpis koordynatora projektu)

