



Zał. nr 3 do Regulaminu Rekrutacji.

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY INDYWIDUALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU

**„BSSM wspiera Ciebie i Twoje otoczenie w poprawie życia”** RPOP.08.01.00-16-0004/17  
Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działania 8.1 Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, realizowanego przez Brzeskie Stowarzyszenie Chorych na SM  
*UWAGA: Za osobę nie mogącą wypełnić lub za dziecko wypełnia opiekun prawny:*

<b>1 Dane osobowe uczestnika/czki projektu</b>	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Miejsce i data urodzenia	
Płeć	KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYZNA <input type="checkbox"/>
PESEL	
<b>2 Adres zamieszkania i korespondencji uczestnika/czki projektu</b>	
Ulica	
Nr domu / lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
<b>3 Numery telefonów kontaktowych oraz e-mail uczestnika/czki projektu</b>	
Tel. kontaktowy	
e-mail	



<b>4 Status na rynku pracy uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu</b>	
<b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</b>	
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>
<b>Osoba bierna zawodowo</b>	
Emeryt/rencista	<input type="checkbox"/>
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>
Dziecko powyżej 3 roku życia (do ukończenia 16 roku życia)	<input type="checkbox"/>
<b>Osoba pracująca</b>	<input type="checkbox"/>
<b>5 Wykształcenie uczestnika/czki projektu</b>	
Niższe niż Podstawowe (ISCED 0)	<input type="checkbox"/>
Podstawowe (ISCED 1)	<input type="checkbox"/>
Gimnazjalne (ISCED 2)	<input type="checkbox"/>
Ponadgimnazjalne (ISCED 3)	<input type="checkbox"/>
Policealne (ISCED 4)	<input type="checkbox"/>
Wyższe (ISCED 5)	<input type="checkbox"/>
<b>7 Dodatkowe informacje o uczestniku/czce projektu</b>	
Osoba z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, w tym osoba z zaburzeniami psychicznymi o których mowa w ustawie z dn. 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz niepełnosprawnościami sprzężonymi	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) wymienionej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004r (patrz załącznik) <sup>1</sup>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> § 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj.:

1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 8) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 9) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 10) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.



		<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>8 Oświadczenie uczestnika projektu i rodzaj przyznanego wsparcia</b>		
<p>Koszt uczestnictwa w szkoleniach pokrywany jest ze środków europejskich i dotacji celowej oraz wkładu własnego beneficjenta.</p> <p>Deklaruję uczestnictwo w projekcie biorąc udział we wszystkich rodzajach planowanego wsparcia dla osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych (w tym dzieci):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego oraz sprzętu i materiałów pielęgnacyjnych;</li> <li>2. Usług opiekuńczych;</li> <li>3. Specjalistycznych usług opiekuńczych;</li> <li>4. Usług asystenckich osób niepełnosprawnych;</li> <li>5. Poradnictwa psychologicznego;</li> <li>6. Działań wspierających aktywność edukacyjną, społeczną, kulturalną;</li> <li>7. Likwidacji barier architektonicznych w miejscu zamieszkania;</li> <li>8. Indywidualny transport;</li> </ol> <p>Dla opiekunów osób niesamodzielnych i niepełnosprawnych: poradnictwo i warsztaty psychologiczne.</p> <p><b>Zobowiązuję się, że:</b> w ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu na rynku pracy oraz informacje nt. udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.</p> <p><b>Oświadczam, że:</b> Dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Wyrażam zgodę na rozpowszechnianie wizerunku w ramach realizowanego projektu.</p>		
<b>Czytelny podpis uczestnika/czki projektu lub opiekunka prawnego</b>		

Uwagi:	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/>
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia	

.....  
Imię i nazwisko osoby przyjmującej Formularz