



Data wpłynięcia zgłoszenia

Numer formularza

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY/REKRUTACYJNY

do projektu

**„Asystent Osób Niepełnosprawnych na Opolszczyźnie – Aglomeracja Opolska”
nr FEOP.07.01-IZ.00-0014/23**

Realizowanego przez Polski Związek Niewidomych Okręg Opolski w ramach
**Funduszy Europejskich dla Opolskiego 2021-2027, priorytet 07 - Fundusze
Europejskie wspierające usługi społeczne i zdrowotne w opolskim, działanie
07.01 - Usługi zdrowotne i społeczne oraz opieka długoterminowa**

1 Dane osobowe osoby fizycznej uczestnika/czki projektu

Imię (imiona)	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	

2 Adres zamieszkania i korespondencji uczestnika/czki projektu

Ulica	
Nr domu / lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	
Powiat	
Województwo	

3 Numery telefonów kontaktowych oraz e-mail uczestnika/czki projektu

Tel. kontaktowy	
e-mail	

4 Status na rynku pracy uczestnika/czki projektu w chwili przystąpienia do projektu



Osoba pracująca:	
Wykonywany zawód	
Zatrudniona/ny w	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:	
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>
Osoba bierna zawodowo w tym	
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/>
Osoba nieuczestnicząca w szkoleniu lub kształceniu	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>
5 Wykształcenie uczestnika/czki projektu	
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"/>
6 Status uczestnika/uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu	
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



Jeżeli TAK, to proszę o zaznaczenie odpowiedniego stopnia niepełnosprawności oraz dostarczenie odpowiedniego orzeczenia lub inny dokument poświadczający stan zdrowia	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba obcego pochodzenia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z państwa trzeciego	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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) wymienionej w art. 7 ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004r (patrz załącznik)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Oczekiwania lub potrzeby osoby ze szczególnymi potrzebami w tym z niepełnosprawnościami
Oświadczam, że:	
<p>- Wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Asystent Osób Niepełnosprawnych na Opolszczyźnie – Aglomeracja Opolska” nr FEOP.07.01-IZ.00-0014/23 Realizowanego przez Polski Związek Niewidomych Okręg Opolski</p> <p>Zapoznałem/am się z zasadami udziału w w/w projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim.</p> <p>- Zostałem/am poinformowany/a o tym, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej oraz współfinansowany z budżetu Państwa w ramach programu Fundusze Europejskie dla Opolskiego 2021-2027.</p> <p>- Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie „Asystent Osób Niepełnosprawnych na Opolszczyźnie – Aglomeracja Opolska”</p> <p>- Zapoznałem/am się i akceptuję <i>Regulamin uczestnictwa w projekcie</i>.</p> <p>- Dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.</p>	



Wyrażam zgodę na używanie i rozpowszechnianie mojego wizerunku /wypowiedzi przez Polski Związek Niewidomych Okręg Opolski:

- dla celów działań informacyjno -promocyjnych związanych z realizacją Projektu na stronie internetowej projektu oraz w materiałach promocyjnych.
- **Jednocześnie oświadczam**, iż zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Ww. potwierdzam własnoręcznym podpisem:

**Data i Czytelny podpis
uczestnika/czki projektu**

Tylko formularze oryginalne w pełni i poprawnie wypełnione będą brane pod uwagę przy ustalaniu listy uczestników projektu.

.....

Imię i nazwisko osoby przyjmującej Formularz

Uwagi wypełnia personel projektu:		
Zakończenie udziału osoby we wspieraniu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia		

Warunkiem przystąpienia do projektu „Asystent Osób Niepełnosprawnych na Opolszczyźnie – Aglomeracja Opolska” jest spełnienie kryterium formalnego tj. posiadanie przez uczestnika orzeczenia o niepełnosprawności.