



Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA

Prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego czytelnie, drukowanymi literami

POTWIERDZENIE WPŁYWU DO BIURA PROJEKTU (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

Data i godzina wpływu	
ID Uczestnika/czki	

Dane wspólne

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu Usługi społeczne dla Mazowsza - wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów.
2	Nr Projektu RPMA.09.02.01-14-j473/23
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych

I. Dane uczestników/czek projektu, którzy otrzymują wsparcie w ramach EFS

	Lp.	Nazwa
Dane uczestnika/czki (dziecka) WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN DANYMI DZIECKA	1	Imię/Imiona
	2	Nazwisko
	3	Płeć
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5	PESEL
	6	Wykształcenie (proszę wybrać jedną odpowiedź zaznaczając X). <input type="checkbox"/> Brak <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (średnie, zasadnicze zawodowe) <input type="checkbox"/> Pomaturalne (policealne) <input type="checkbox"/> Wyższe (licencjat, magister) <i>*w przypadku dzieci, które nie ukończyły szkoły podstawowej należy zaznaczyć BRAK</i>



Adres zamieszkania uczestnika/czki (dziecka)	7	Ulica
	8	Nr budynku
	9	Nr lokalu
	10	Miejscowość
	11	Obszar (proszę wybrać jedną odpowiedź zaznaczając X). <input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
	12	Kod pocztowy
	13	Województwo
	14	Powiat
	15	Gmina
Dane dodatkowe	16	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	17	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	18	Osoba z niepełnosprawnościami: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	19	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej): <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Omdowa podania informacji
	20	Wyrażam chęć udziału mojego dziecka/podopiecznego w projekcie „Usługi społeczne dla Mazowsza - wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów”, realizowanym przez PROJECT CREATION Sp. z o.o. w partnerstwie z INSTYTUT "DZIELNY MIŚ" Sp. z o.o., w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	21	Data rozpoczęcia udziału w projekcie <u>(wypełnia personel projektu)</u>
	22	Data zakończenia udziału w projekcie <u>(wypełnia personel projektu)</u>



		<u>projektu)</u>
	23	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa (wypełnia personel projektu)
	24	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia (wypełnia personel projektu)
	25	UWAGI PERSONELU PROJEKTU
<p>_____</p> <p>Miejscowość i data</p>		<p>Podpis rodzica/opiekuna prawnego kandydata/ki do projektu:</p> <p>_____</p> <p>czytelny podpis</p>

II. Dane rodzica/opiekuna prawnego uczestnika/czki projektu (dziecka)

	Lp.	Nazwa
<p>Dane rodzica/opiekuna prawnego</p> <p>WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN SWOIMI DANymi</p>	1	Imię/Imiona
	2	Nazwisko
	3	PESEL
	4	Telefon kontaktowy
	5	Adres e-mail
<p>_____</p> <p>Miejscowość i data</p>		<p>Poniższym podpisem oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka</p> <p>..... (imię i nazwisko dziecka) wskazanego w punkcie I. niniejszego formularza jako uczestnik/czka projektu</p> <p>Podpis rodzica/opiekuna prawnego kandydata/ki do projektu:</p> <p>_____</p> <p>czytelny podpis</p>

III. Pozostałe oświadczenia

W związku z ubieganiem się o udział mojego dziecka/podopiecznego w projekcie pt. „Usługi społeczne dla Mazowsza - wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów” oświadczam, że:

- jest osobą poniżej 18 roku życia, zamieszkującym na terenie województwa mazowieckiego;
- jest osobą z orzeczoną niepełnosprawnością,
- jako rodzic/opiekun prawny zgłaszam z własnej inicjatywy chęć udziału mojego dziecka/podopiecznego w projekcie.

Ponadto oświadczam, że:

- u mojego dziecka nie występują medyczne przeciwwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu,
- zapoznałam/em się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne dla Mazowsza - wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów”,
- zostałam poinformowany, że projekt „Usługi społeczne dla Mazowsza - wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów” współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym,
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie na potrzeby projektu „Usługi społeczne dla Mazowsza - wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów”,
- wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w projekcie i publikowanie jego wizerunku w celach promocyjno-informacyjnych projektu bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu,
- wyrażam zgodę na udział mój oraz mojego dziecka/podopiecznego w badaniach ankietowych prowadzonych przez Beneficjenta,
- jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

Miejscowość i data

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego