

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

## **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

**Prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego czytelnie, drukowanymi literami**

### POTWIERDZENIE WPŁYWU DO BIURA PROJEKTU (WYPEŁNIA ORGANIZATOR)

Data i godzina wpływu	
ID Uczestnika/czki	

#### Dane wspólne

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

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

	<i>Lp.</i>	<i>Nazwa</i>
<b>Dane uczestnika/czki</b> <b>WYPEŁNIA RODZIC SWOIMI DANYMI</b>	1	Imię/Imiona
	2	Nazwisko
	3	Płeć
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5	PESEL
	6	<b>Wykształcenie</b> (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)
	7	Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną.



		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Dane kontaktowe</b>	8	Ulica
	9	Nr budynku
	10	Nr lokalu
	11	Miejscowość
	12	Obszar (proszę wybrać jedną odpowiedź zaznaczając X). <input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski
	13	Kod pocztowy
	14	Województwo
	15	Powiat
	16	Gmina
	17	Telefon kontaktowy
	18	Adres poczty elektronicznej (e-mail)
<b>Dane dodatkowe</b>	19	<p><b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu.</b> (proszę wybrać jedną odpowiedź zaznaczając X)</p> <input type="checkbox"/> osoba pracująca ( <b>WAŻNE! ROLNIK to osoba pracująca</b> )
	19.1	<p><b>NIP zakładu pracy (lub adres gospodarstwa w przypadku rolnika)</b></p> <p>.....</p> <p><b>Wykonywany zawód</b></p> <p>.....</p> <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą

<sup>1</sup> Jestem osobą bierną zawodowo, to oznacza, że nie uczestniczę w kształceniu lub szkoleniu, nie pracuję i nie jestem osobą bezrobotną.

		<input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP, <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej, <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek, <input type="checkbox"/> osoba pracującą w dużym przedsiębiorstwie.
20	<b>Oświadczam, iż zamieszkuję/uczę się/pracuję na terenie województwa mazowieckiego</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
21	<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
22	<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23	<b>Osoba z niepełnosprawnościami:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
24	<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Omdowa podania informacji
25	Wyrażam chęć mojego udziału w projekcie „Usługi społeczne dla Mazowsza - wsparcie dla dzieci z niepełnosprawnościami i ich opiekunów” realizowanego 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
26	Deklaruję, iż jestem zainteresowany/a udziałem w szkoleniu o poniższej tematyce (prosimy zaznaczyć znakiem X temat/tematy oraz formę szkoleń, udziałem w których jest Pan/Pani zainteresowana):	<input type="checkbox"/> Jak żyć z osobą z Mózgowym Porażeniem Dziecięcym



		<input type="checkbox"/> Szkolenie podstawowe z pierwszej pomocy przedmedycznej świadczonej dla dzieci z niepełnosprawnością  <input type="checkbox"/> Jak dbać o osobę niepełnosprawną nie szkodząc sobie  <input type="checkbox"/> Ergonomia życia osób niepełnosprawnych  <input type="checkbox"/> Inne (jakie?).....  Proszę o wskazanie preferowanej formy realizacji szkolenia:  <input type="checkbox"/> ZDALNA <input type="checkbox"/> STACJONARNA <input type="checkbox"/> DOWOLNIE
	28	Data rozpoczęcia udziału w projekcie <b>(wypełnia personel projektu)</b>
	29	Data zakończenia udziału w projekcie <b>(wypełnia personel projektu)</b>
	30	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa <b>(wypełnia personel projektu)</b>
	31	Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia <b>(wypełnia personel projektu)</b>
	32	UWAGI PERSONELU PROJEKTU
<p>_____</p> <p>Miejscowość i data</p>	<p style="text-align: center;"><b>Podpis kandydata/ki do projektu:</b></p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">czytelny podpis</p>	



## OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE KRYTERIÓW PREFEROWANYCH

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

- jest dzieckiem z rodziny korzystającej z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-20

- TAK
- NIE

- jest dzieckiem z rodziny w której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na os samotnie gospodarującą lub na os w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

- TAK
- NIE

- jest dzieckiem z zaburzeniami psychicznymi

- TAK
- NIE

- jest dzieckiem z niepełnosprawnością znaczną lub niepełnosprawnościami sprzężonymi

- TAK
- NIE

- jest dzieckiem z niepełnosprawnością umiarkowaną

- TAK
- NIE

- jest dzieckiem z rodziny objętej opieką Ośrodka Pomocy Społecznej

- TAK
- NIE

- jest dzieckiem z rodziny z rodzicem samotnie wychowującą dziecko

- TAK
- NIE

- jest dzieckiem z rodziny wielodzietnej (trójka lub więcej dzieci)

- TAK
- NIE

- jest osobą przybyłą do Polski z powodu konfliktu zbrojnego na terenie Ukrainy po 24.02.2022 r.

- TAK
- NIE



## OŚWIADCZENIA POZOSTAŁE

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

- jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka biorącego udział w procesie kwalifikacji do projektu;
- zamieszkuję/uczę się/pracuję na obszarze województwa mazowieckiego;
- zgłaszam z własnej inicjatywy chęć udziału w projekcie.

Ponadto oświadczam, że:

- 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” jest 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 publikowanie mojego wizerunku w celach promocyjno-informacyjnych projektu bez roszczenia jakiegokolwiek wynagrodzenia z tego tytułu,
- wyrażam zgodę na mój udział w badaniach ankietowych prowadzonych przez Beneficjenta,
- jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych lub złożenie fałszywych oświadczeń.

---

Miejscowość i data

---

czytelny podpis