

**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji****FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY****NAZWA PROJEKTU: „Polityka Senioralna EFS+”.**

Projekt realizowany w ramach Funduszy Europejskich dla Lubelskiego 2021-2027 nr projektu FELU.08.05-IZ.00-001/23. Działania w celu zwiększenia równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług. Projekt ten jest realizowany na terenie Województwa Lubelskiego jako projekt partnerski. Partnerzy: ROPS Lublin, Gmina Wisznice, Gmina Miejska Hrubieszów, Miasto Chełm, Gmina Dzwola, Gmina Modliborzycze, Gmina Łopiennik Górny, Miasto Krasnystaw, Gmina Gościeradów, Gmina Urzędów, Gmina Jastków, Gmina Wojciechów, Gmina Wólka, Miasto Łuków, Gmina Stoczek Łukowski, Gmina Wojcieszków, Gmina Miejska Świdnik, Gmina Lubycza Królewska, Gmina Krynice, Miasto Tomaszów Lubelski, Gmina Komarów – Osada, Gmina Rachanie, Gmina Leśniowice, Gmina Niedrzwica Duża, Gmina Sitno, Gmina Trzydnik Duży, Gmina Wilkołaz, Gmina Potok Wielki, Gmina Szastarka, Gmina Tarnawatka, Gmina Telatyn, Gmina Ryki, Gmina Żmudź, Gmina Kurów, Gmina Krasnobród, Gmina Lublin.

Należy wypełnić drukowanymi literami
--------------------------------------

**DANE OSOBY ZGŁOSZAJĄCEJ CHĘĆ UDZIAŁU  
W PROJEKCIE „POLITYKA SENIORALNA EFS+”**

<b>IMIĘ I NAZWISKO</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA (KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NR DOMU)</b>	
<b>TELEFON</b>	<b>E-MAIL</b>
<b>STATUS OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROJEKTU:</b> Proszę zaznaczyć „X” we właściwych miejscach	





- senior 65 lat i więcej
- pracownik/osoba zamierzająca podjąć pracę na rzecz osób starszych w wieku 65 lat i więcej
- opiekun faktyczny – formalny/niefORMALNY osoby starszej w wieku 65 lat i więcej

**OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ**

Proszę zaznaczyć „X” we właściwym polu

<b>KRYTERIA OBLIGATORYJNE</b>	<b>spełnia</b>
Opiekun faktyczny (niefORMALNY) – opiekun osoby niesamodzielnej	
Osoba z niepełnosprawnością	
Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	
Osoba wykluczona komunikacyjnie	
Otoczenie osób dotkniętych/zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym	
Opiekun faktyczny	
Osoba narażona na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywająca w instytucjach całodobowych	
Kadra realizująca działania w obszarze usług społecznych	
Migrant lub jego otoczenie	
Otoczenie osoby z niepełnosprawnościami (m.in. rodzina, środowisko lokalne)	
Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym	
<b>KRYTERIA PUNKTOWE</b>	<b>spełnia</b>
Osoba leżąca	
Osoba niesamodzielna	
Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa FE PŻ	
Osoba zamieszkująca samotnie	

.....  
Miejscowość i data.....  
Podpis kandydata



## OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z **REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Polityka Senioralna EFS+”** oraz **akceptuję jego postanowienia.**
2. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „Polityka Senioralna EFS+”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. **Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, stanowiącymi załączniki nr 2a i 2b do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Polityka Senioralna EFS+”.**
5. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata





## Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego

Miejscowość i data.....

### Oświadczenie kandydata

Ja niżej podpisany/na .....  
**Oświadczam, że:**

Jestem osobą /odpowiednie podkreślić/:

1. **TAK / NIE** zamieszkującą na terenie województwa lubelskiego,
2. **TAK / NIE** potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
3. **TAK / NIE** wykluczoną komunikacyjnie,
4. **TAK / NIE** sprawującą opiekę nad osobą niesamodzielną,
5. **TAK / NIE** z otoczenia osoby dotkniętych/zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym,
6. **TAK / NIE** z otoczenia osoby z niepełnosprawnościami,
7. **TAK / NIE** osobą leżącą,
8. **TAK / NIE** osobą niesamodzielną,
9. **TAK / NIE** osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa,
10. **TAK / NIE** osobą zamieszkującą samotnie,

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis kandydata

