

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
w ramach Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne

Załącznik Nr 1 do Regulamin korzystania ze wsparcia w ramach trwałości projektu „Klub aktywizacji seniorów
"Być Blżej Siebie" prowadzonego przez Stowarzyszenie Być Blżej

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY W OKRESIE TRWAŁOŚCI „Klub Aktywizacji Seniorów "Być Blżej Siebie"”

I. Dane uczestnika											
Imię											
Nazwisko											
Data i miejsce urodzenia											
Wiek											
PESEL											
Płeć	☐ K ☐ M										
Wykształcenie wg poziomów ISCED	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe										
Opieka nad dziećmi do lat 7 lub opieka nad osobą zależną	☐ Tak ☐ Nie										

II. Dane kontaktowe											
Województwo											
Powiat											
Gmina											
Miejscowość											
Ulica											
Nr budynku											
Nr lokalu											
Kod pocztowy											
Poczta											
Obszar	☐ Miejski ☐ Wiejski										
Tel. Stacjonarny											

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020
w ramach Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne

III. Dane dodatkowe

Status na rynku pracy	Osoba nieaktywna zawodowo (emeryt/rencista) ☐ Tak ☐ Nie
	Osoba: - pracująca ☐ Tak ☐ Nie - bezrobotna ☐ Tak ☐ Nie

IV Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu

Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej	☐ Tak ☐ Nie
Migrant	☐ Tak ☐ Nie
Obywatelstwo	
Osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	Posiadam niepełnosprawność (udokumentowaną) ☐ Tak ☐ Nie Jeśli TAK to w stopniu: ☐ Lekkim ☐ Umiarkowanym ☐ Znacznym
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
Sytuacja gospodarstwa domowego, z którego pochodzi uczestnik	1. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących ☐ Tak ☐ Nie w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu ☐ Tak ☐ Nie 2. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu ☐ Tak ☐ Nie
Tel. Komórkowy	
E-mail	

Przynależność do innych grup znajdujących się w niekorzystnej sytuacji społecznej	☐ Tak ☐ Nie W przypadku udzielenia odpowiedzi twierdzącej należy podać z jakiego powodu:
Korzystanie przez osobę/rodzinę ze świadczeń pomocy społecznej	☐ Tak ☐ Nie
Informacja o kwalifikacjach zawodowych	☐ Nie posiadam kwalifikacji zawodowych ☐ Posiadam niskie kwalifikacje zawodowe ☐ Posiadam kwalifikacje zawodowe niedostosowane do potrzeb rynku pracy

V Preferencyjne kryteria rekrutacji do projektu	
Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 11 Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020	☐ Tak ☐ Nie
Osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	☐ Tak ☐ Nie
Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	☐ Tak ☐ Nie
Osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,	☐ Tak ☐ Nie
Osoby z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego	☐ Tak ☐ Nie
Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w rozumieniu „Wytucznych w zakresie w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020”.	☐ Tak ☐ Nie
Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 - zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin w ramach projektu nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ,	☐ Tak ☐ Nie

1. Oświadczam, że korzystam/nie korzystam* z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020. 2. Oświadczam, że zakres wsparcia, które otrzymałam/otrzymałem lub otrzymuje ja lub moja rodzina w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 powiela/nie* powiela działań i wsparcia, które otrzymałam/otrzymałem w ramach przedmiotowego projektu (data i czytelny podpis osoby ubiegającej się o przyjęcie do projektu)
--

* Właściwe zakreślić

VI Zainteresowanie świadczonymi usługami w Klubie Seniora	
Zajęcia z zakresu kultury fizycznej	☐ Wyjście na basen ☐ Zajęcia ruchowe – gimnastyka, nordic-walking, fitness, ☐ Zajęcia taneczne
Zajęcia rozwijające zainteresowania	☐ Zajęcia kulinarne ☐ Zajęcia artystyczne ☐ Zajęcia z rękodzieła
Zajęcia prozdrowotne	☐ Wsparcie psychologa ☐ Biblioterapia ☐ Filmoterapia ☐ Muzykoterapia ☐ Spotkania z wizażystką ☐ Spotkania z kosmetyczką
Zajęcia edukacyjne	Szkolenie komputerowe ☐ grupa dla początkujących ☐ grupa dla zaawansowanych
Zajęcia kulturalne oraz zwiększające aktywność seniorów w lokalnej społeczności	☐ Wyjazd do kina, teatru, koncert ☐ Wyjazd do warsztaty aktywizacji społeczno-kulturowej ☐ Udział w imprezach okolicznościowych
Usługi specjalistyczne	☐ Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania ☐ Porady prawne ☐ Bransoletki życia monitorujące stan zdrowia
Forma naboru	☐ Zgłoszenie samodzielne ☐ Skierowanie przez instytucję (podać jaką)
Udział w innych projektach realizowanych w ramach RPO	☐ Tak ☐ Nie

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych wrażliwych, niezbędnych dla celów rekrutacji i realizacji projektu (w tym: udzielenia wsparcia, ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości) zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2015 r. poz. 1309 z późn. zm.)

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Dane uczestnika oraz jego dane teleadresowe zostały zweryfikowane z dowodem osobistym.

Podpis kierownika projektu

Opinia Komisji Rekrutacyjnej:

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Kandydata KWALIFIKUJE SIĘ / NIE KWALIFIKUJE SIĘ* do wzięcia udziału w projekcie

* właściwe zakreślić

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:

Miejscowość, data