

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
do udziału w projekcie pn. „Bądźmy razem”**

Zgłaszam chęć udziału w projekcie pn. „Bądźmy razem”

**OŚWIADCZENIA OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ**

Oświadczam, że zamieszkuję na obszarze Lokalnej Strategii Rozwoju opracowanej dla Lokalnej Grupy Działania Pałuki-Wspólna Sprawa (teren powiatu żnińskiego)

TAK

NIE

Oświadczam, że będę uczestniczyć maksymalnie w 1 projekcie dofinansowanym przez LGD Pałuki-Wspólna Sprawa w ramach niniejszego naboru 4/2019/G

TAK

NIE

Oświadczam, że spełniam kryteria określone dla osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):

TAK

NIE

Proszę wskazać przesłankę zagrożenia ubóstwem lub wykluczenia społecznego (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):

osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:

- 1) ubóstwo;
- 2) sieroctwo;
- 3) bezdomność;
- 4) bezrobocie;
- 5) niepełnosprawność;
- 6) długotrwała lub ciężka choroba;
- 7) przemoc w rodzinie;
- 7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;
- 8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
- 9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
- 10) brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze;
- 11) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;



12) trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;

13) alkoholizm lub narkomania;

14) zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowej;

15) klęska żywiołowa lub ekologiczna.

osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym:

1) bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

2) uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;

3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;

4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;

5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;

6) zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;

8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,

osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu *Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;*

członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;

osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;

osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;

osoby korzystające z PO PŻ.

**Uwaga!** Do formularza załączam stosowny dokument (zaświadczenie, orzeczenie itp.) potwierdzający przesłankę wykluczenia (np. w przypadku osoby niepełnosprawnej orzeczenie o niepełnosprawności, w przypadku korzystania z pomocy społecznej zaświadczenie z OPS). W przypadku braku możliwości potwierdzenia kwalifikowalności uczestnika na podstawie zaświadczenia dopuszcza się możliwość potwierdzenia na podstawie oświadczenia ujętego w formularzu zgłoszeniowym.

**Pozostałe kryteria udziału w projekcie (proszę zaznaczyć wszystkie właściwe):**

osoba zamieszkująca obszar objęty Programem Rewitalizacji dla Gminy Żnin lub Gąsawa lub Rogowo

osoby wielokrotnie wykluczone

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA			
Imię (imiona) i nazwisko			
Pesel		Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
ADRES ZAMIESZKANIA <sup>1</sup>			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy		Adres e-mail	

Należy wypełnić w przypadku osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej			
<p>Oświadczam, że jestem osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ubóstwo;</li> <li>2) sieroctwo;</li> <li>3) bezdomność;</li> <li>4) bezrobocie;</li> <li>5) niepełnosprawność;</li> <li>6) długotrwała lub ciężka choroba;</li> <li>7) przemoc w rodzinie;</li> <li>7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;</li> <li>8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li> <li>9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</li> <li>10) brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze;</li> <li>11) trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;</li> <li>12) trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</li> </ol>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY

<sup>1</sup> Miejscem zamieszkania osoby fizycznej zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

13)	alkoholizm lub narkomania;			
14)	zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowej;			
15)	klęska żywiołowa lub ekologiczna.			

**Należy wypełnić w przypadku osoby o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym**

<p>Oświadczam, że jestem osobą o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bezdomni realizujący indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;</li> <li>2) uzależnieni od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;</li> <li>3) uzależnieni od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;</li> <li>4) chorzy psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;</li> <li>5) długotrwale bezrobotni w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy;</li> <li>6) zwalniani z zakładów karnych, mający trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;</li> <li>7) uchodźcy realizujący indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;</li> <li>8) osoby niepełnosprawne, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych,</li> </ol>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
---	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**Należy wypełnić w przypadku osoby z niepełnosprawnością, tj. osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020**

<p>Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością, tj. osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020.</p> <p><b>Jednocześnie załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</b></p>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
--	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**Należy wypełnić w przypadku członków gospodarstw domowych sprawujących opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością**

Oświadczam, że jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
--	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**Należy wypełnić w przypadku osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**

Oświadczam, że jestem osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
---	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**Należy wypełnić w przypadku osób bezdomnych lub dotkniętych wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020**

Oświadczam, że jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
--	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

**Należy wypełnić w przypadku osób korzystających z PO PŻ**

Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z PO PŻ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
--	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis