**Formularz zgłoszeniowy uczestnictwa w projekcie**

**„Silna i zdrowa rodzina”** – powiat węgorzewski

Po zapoznaniu się z ofertą projektu, zgłaszam chęć udziału w projekcie **Nr RPWM.11.02.03-28-0073/16-00 pt. „Silna i zdrowa rodzina”** realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko – Mazurskiego na lata 2014-2020 Oś priorytetowa – 11.00.00 – **Włączenie społeczne**, Działanie 11.02.00 **– Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym**, Poddziałanie 11.02.03. – **Ułatwienie dostępu do usług społecznych, w tym integracja ze środowiskiem lokalnym**  współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

1. **Dane uczestnika**

1. Imię (Imiona) ……………………….............. 2. Nazwisko ……………………………...

3. Płeć: Kobieta Mężczyzna 4. Wiek w chwili przystąpienia do projektu: ……………

5. PESEL: ……………………………… 6. Seria i nr dowodu osobistego: …………………..

7. Wykształcenie: Brak Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne

 Pomaturalne Wyższe

8. Opiekun nad dziećmi do lat 7 lub opiekun nad osobą zależną: Tak Nie

1. **Dane kontaktowe**

9. Ulica ……………………………. 10. Nr domu …………. 11. Nr lokalu …………….

12. Miejscowość ……………………………….. 13. Obszar: miejski wiejski

14. Kod pocztowy: ……………… 15. Województwo: …………………………………….....

16. Powiat: ……………………….. 17. Telefon stacjonarny: ………………………………...

18. Telefon komórkowy: ………………………… 19. Adres e-mail: …………………………

1. **Dane dodatkowe**

20. Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

Bezrobotny: Tak w tym długotrwale bezrobotny/-a (pow. 12 m-cy) / posiadający/-a 3 profil w PUP / objęty/-a Programem Aktywizacja i Integracja w PUP

Nieaktywny zawodowo: Tak Nie w tym osoba ucząca się lub kształcąca

Zatrudniony : Tak Nie w tym Rolnik

Korzystający/-a z pomocy społecznej: Tak Nie z powodu:

1. ubóstwa
2. bezrobocia
3. bezradności opiekuńczo – wychowawczej
4. przemocy w rodzinie
5. uzależnienia
6. zakończenie leczenia z powodu uzależnienia 
7. samotne prowadzenie gospodarstwa domowego
8. wielodzietność
9. pomoc z pomocy żywnościowej banku żywności
10. inne (jakie?) …………………………………………………………………………......

…………………………………………………………………………………………...

21. osoba przebywająca lub pochodząca z rodziny zastępczej

 TAK NIE

 ……………………………………………

 Data i podpis uczestnika

**Status uczestnika projektu:**

Oświadczam, że:

1. Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia

TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi

1. Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

TAK NIE

1. Jestem osobą z niepełnosprawnościami

TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi

1. Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących

TAK NIE

W tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu

TAK NIE

1. Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

TAK NIE

1. Jestem osobą będącą w innej niekorzystnej sytuacji

TAK NIE Odmawiam udzielenia odpowiedzi

Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie.

Podpis ……………………………..

W przypadku osoby niepełnoletniej podpis opiekuna prawnego:

Podpis ……………………………...

**Oświadczam, że:**

- Należę / Nie należę\* do grupy osób pochodzących ze środowisk zagrożonych wykluczeniem społecznym, lub wykluczonych społecznie, w tym w szczególności osoby niezatrudnione, doświadczające trudności z integracją społeczną i zawodową, np. z tytułu bezdomności, niepełnosprawności czy uzależnienia.

- Zostałem (-am) poinformowany (-a), że projekt „Silna i zdrowa rodzina” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej.

- Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pt. „Silna i zdrowa rodzina”

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku mojej osoby w celu promocji projektu.

- Wyrażam zgodę na konsultacje ze specjalistami w zakresie działań programu.

- Zobowiązuje się do uczestnictwa w monitoringu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy.

- Zostałem/-am poinformowany (-a) o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.

- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. Dz.U. 2016 poz. 922), do celów związanych z przeprowadzeniem planowanych w projekcie form wsparcia, monitoringu i ewaluacji projektu.

- Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie.

Data ………………………………. Podpis ……………………………..

W przypadku osoby niepełnoletniej podpis opiekuna prawnego:

Data ………………………………. Podpis ……………………………...

\*niepotrzebne skreślić

|  |
| --- |
| **Informacje wypełniane przez instytucję przyjmującą formularz PCPR Węgorzewo** |
| Godzina i data przyjęcia formularza |  |
| Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz |  |