

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w projekcie pt. Wszyscy razem przeciwko wykluczeniu

Zgłaszam chęć udziału w projekcie pt. Wszyscy razem przeciwko wykluczeniu

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 ZAMIESZKANIA¹				
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"> 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. 	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
---	------------------------------	------------------------------	---

¹ 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.

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"> 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, 	<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>Jednocześnie załączam odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</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