



Załącznik nr 1  
do Regulaminu naboru i uczestnictwa  
w projekcie partnerskim pn. „Czas seniora”

<b>FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „DOBRA PORA NA AKTYWNEGO SENIORA”</b>	
Tytuł projektu	Czas seniora
Nr projektu	RPMA.09.02.01-14-c712/19
Nazwa Programu Operacyjnego	Regionalny Program Operacyjny Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020
Numer i nazwa Osi Priorytetowej	IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
Numer i nazwa Działania	Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
Numer i nazwa Poddziałania	9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych

NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA REALIZATOR).....

Dane uczestnika	Imię i nazwisko	
	Płeć	
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	PESEL	
	Wykształcenie	
	Stan cywilny	
Adres zamieszkania	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Obszar	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy, poczta	
	Powiat	
Województwo		
Dane kontaktowe	Ulica, Nr domu, Nr lokalu	
	Kod pocztowy, poczta	
	<b>Proszę o wypełnienie jeżeli dane te SĄ INNE niż w tabeli Adres zameldowania</b>	
	Telefon stacjonarny	
	Telefon komórkowy	

Projekt „Czas seniora” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014 – 2020

Działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych

Lider projektu: Gmina Kotuń – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Kotuniu, ul. Siedlecka 56c, tel. 25 641 43 63, e-mail: [kotun@ops.pl](mailto:kotun@ops.pl)

Partnerzy projektu:

Gmina Skórzec – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Skórcu, ul. Siedlecka 3, tel. 25 631 28 51, e-mail: [skorzec@ops.pl](mailto:skorzec@ops.pl)

Gmina Siedlce – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Siedlcach ul. Aslanowicza 10, tel. 25 633 09 64, e-mail: [gops@gminiasiedlce.pl](mailto:gops@gminiasiedlce.pl)

Gmina Wiśniew – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Wiśniewie ul. Siedlecka 13, tel. 25 641 73 13, e-mail: [gops@wisniew.pl](mailto:gops@wisniew.pl)

	Adres poczty e-mail	
Jestem osobą niesamodzielną powyżej 60 r.ż. w przypadku kobiet	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jestem osobą niesamodzielną powyżej 65 r.ż. w przypadku mężczyzn	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Jestem osobą zamieszkującą na terenie gminy Kotuń/Siedlce/Wiśniew/Skórzec/*(niepotrzebne skreślić)	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Korzystam ze wsparcia GOPS Kotuń/Skórzec/Siedlce/Wiśniew*(niepotrzebne skreślić) rodzaj wsparcia.....	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> ubóstwo;</li> <li><input type="radio"/> sieroctwo;</li> <li><input type="radio"/> bezdomność;</li> <li><input type="radio"/> bezrobocie;</li> <li><input type="radio"/> niepełnosprawności;</li> <li><input type="radio"/> długotrwała lub ciężka choroba;</li> <li><input type="radio"/> przemoc w rodzinie;</li> <li><input type="radio"/> potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;</li> <li><input type="radio"/> potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li> <li><input type="radio"/> bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</li> <li><input type="radio"/> trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach;</li> <li><input type="radio"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</li> <li><input type="radio"/> alkoholizmu lub narkomanii;</li> <li><input type="radio"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</li> <li><input type="radio"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej.</li> </ul>	tak <input type="checkbox"/>	nie <input type="checkbox"/>
Dane dodatkowe	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu .....	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

	<p>Dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie)</p> <p>Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa i zakres wsparcia nie powiela się z działaniami projektu</p>	<p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Uzasadnienie uczestnictwa w projekcie:</b></p> <p>a) Uzasadnienie wyboru</p> <p>b) Oczekiwania Pana/Pani po ukończeniu uczestnictwa w projekcie:</p>		
<p><b>STATUS UCZESTNIKA/CZKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU</b></p>		
<p><b>Osoba pracująca</b></p>	<p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>	
<p><b>W tym:</b></p>	<p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</p> <p><input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek</p> <p><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>	
<p>Wykonywany zawód</p>		
<p>Nazwa instytucji/podmiotu, w której uczestnik/czka jest zatrudniony/a</p>		
<p><b>STATUS UCZESTNIKA/CZKI W CHWILI PRZYSTĘPOWANIA DO PROJEKTU (DANE WRAŻLIWE)</b></p>		
<p><b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>	
<p><b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b></p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> <p><input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji</p>	

**Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:**

- a) „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”
- b) „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Gminę Kotuń”,
- c) „Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem naboru i uczestnictwa w projekcie partnerskim” i akceptuję jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie”,
- d) „Deklaruję uczestnictwo w całej ścieżce wsparcia zaplanowanej podczas diagnozy”,
- e) „Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu „Czas seniora” i umowy RPMA.09.02.01-14-c712/19-00 (ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1000 ze zm..). Jest mi znane prawo dostępu do moich danych osobowych i ich modyfikacji”,
- f) Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Czas seniora” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- g) Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

Data i podpis osoby przyjmującej  
oświadczenie

Data i własnoręczny podpis osoby  
składającej oświadczenie