„Projekt grantowy Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Gmin Dobrzyńskich Region Południe”, RPKP.11.01.00-04-0009/17

**Dane osobowe uczestnika projektu objętego grantem** / załącznik 5/

**.,,Klub Młodzieżowy w Kikole”**

|  |
| --- |
| Informacje wypełniane w dniu rozpoczęcia pierwszej formy wsparcia w projekcie |
| Data, miejsce pierwszej formy wsparcia uczestnika projektu  |  |
| Podpis osoby wypełniającej dane uczestnika |  |

***Dane uczestnika projektu, który otrzymuje wsparcie w ramach EFS***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | 1. | Imię (imiona) |  |
| 2. | Nazwisko |  |
| 3. | PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. | Płeć | ☐ Kobieta  | ☐ Mężczyzna  |
|  |
| **Dane kontaktowe uczestnika**  | 5. | Ulica |  |
| 6. | Nr domu |  |
| 7. | Nr lokalu |  |
| 8. | Miejscowość |  |
| 9. | Obszar zamieszkania(należy wstawić X w odpowiednim polu) | Obszar miejski ☐ |
| Obszar wiejski ☐ |
| 10. | Kod pocztowy |  |
| 11. | Województwo |  |
| 12. | Powiat |  |
| 13. | Gmina |  |
| 14. | Telefon kontaktowy |  |
| 15. | Adres poczty elektronicznej  |  |
| **Wykształcenie** | Wyższe | ☐ |
| Policealne | ☐ |
| Ponadgimnazjalne | ☐ |
| Gimnazjalne | ☐ |
| Podstawowe | ☐ |
| Niższe niż podstawowe | ☐ |
| *Status kandydata/kandydatki* |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | Bezrobotny | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  | Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
| ☐ Osoba długotrwale bezrobotna | ☐ inne |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy |
| ☐ Osoba długotrwale bezrobotna | ☐ inne |
| Osoba bierna zawodowo | ☐ TAK | ☐ NIE |
|  | ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | ☐ Osoba ucząca się | ☐ inne |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | Szczególna sytuacja uczestnika projektu | STATUS |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej, etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | ☐TAK | ☐NIE | ☐ODMOWA PODANIA INFRORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania | ☐TAK | ☐NIE |
| Osoba z niepełnosprawnościami | ☐TAK | ☐NIE | ☐ODMOWA PODANIA INFRORMACJI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | ☐TAK | ☐NIE | ☐ODMOWA PODANIA INFRORMACJI |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym[[1]](#footnote-2) | GRUPA DOCELOWA | TAK |
| 1. 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. osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym
 | ☐ |
| 1. osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej
 | ☐ |
| 1. osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.)
 | ☐ |
| 1. osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn. zm.)
 | ☐ |
| 1. 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 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
 | ☐ |
| 1. 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;
 | ☐ |
| 1. osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
 | ☐ |
| 1. osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020
 | ☐ |
| 1. osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
 | ☐ |
| 1. osoby korzystające z PO PŻ
 | ☐ |
| 1. osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego
 | ☐ |
|  | otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym |  1. zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Za otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym można uznać wszystkie osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Do otoczenia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym należą także osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej, osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczych | ☐ |
| **DODATKOWE OŚWIADCZENIA** *(proszę oznaczyć znakiem X)* |
| * Oświadczam, że zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w Projekcie , .,,Klub Młodzieżowy w Kikole”oraz akceptuję wszystkie jego postanowienia
 |
| * Oświadczam, że zgodnie z wymogami grupy docelowej spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w Projekcie
 |
| * Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie .,,Klub Młodzieżowy w Kikole” oraz wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym
 |
| * Oświadczam że nie jestem zatrudniony /nie prowadzę działalności gospodarczej w momencie rozpoczęcia pierwszej formy wsparcia
 |
| * Deklaruję aktywny udział we wszystkich formach wsparcia przewidzianych w ramach Projektu
 |
| * Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych na potrzeby Projektu
 |
| * Zostałam poinformowana/y o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia emigrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej)
 |
| * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji Projektu, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.)
 |
| * Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania PANACEUM-OMEGA M.J.WYBORSKA w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu
 |
| * Oświadczam, że zostałam poinformowana/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą
 |
| * Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu objętego grantem w ramach Projektu grantowego LGD Dobrzyń Południe
 |
| * Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym

i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137). |

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………………………… | ……………………………………………………………… |
| Miejscowość i data | Podpis rodzica/prawnego opiekuna kandydata/kandydatki projektu objętego grantem |

1. Weryfikacja spełnienia kryterium w ramach rekrutacji odbywa się na podstawie: - w przypadku pkt. 4, 5, 6, 10 – na podstawie zaświadczenia bądź innego dokumentu o charakterze formalnym; pozostałe pkt. weryfikowane na podstawie zaświadczenie i/lub oświadczenia kandydata/kandydatki. [↑](#footnote-ref-2)