

Projekt „Centrum Aktywności Osób Głuchych i Słabosłyszących (CAOGiS)” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ 2014-2020.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do projektu „Centrum Aktywności Osób Głuchych i Słabosłyszących (CAOGiS)”

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

1. Imię (imiona) i nazwisko:																					
2. Narodowość: <input type="checkbox"/> polska	<input type="checkbox"/> inna.....																				
3. PESEL: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																					
4. Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna																				
5. Wykształcenie (jaką szkołę ukończyłeś/aś)																					
<input type="checkbox"/> Podstawowa	<input type="checkbox"/> Gimnazjum	<input type="checkbox"/> Matura																			
<input type="checkbox"/> Zawodowa	<input type="checkbox"/> Liceum	<input type="checkbox"/> Technikum	<input type="checkbox"/> Policealna	<input type="checkbox"/> Studia																	
6. Adres zamieszkania:																					
miejsowość: ulica:																					
nr domu: nr lokalu: kod pocztowy:																					
województwo powiat gmina																					
7. Kontakt:																					
Telefon / SMS:																					
e-mail: Skype, Facebook:																					
8. Czy masz orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE																					
stopień niepełnosprawności na orzeczeniu <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny																					

Projekt „Centrum Aktywności Osób Głuchych i Słabosłyszących (CAOGiS)” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ 2014-2020.

data ważności orzeczenia bezterminowo ważne

przyczyna niepełnosprawności (symbol)

LUB zaświadczenie o potrzebie kształcenia specjalnego TAK NIE

data ważności zaświadczenia

9. Tłumacz języka migowego potrzebuję nie potrzebuję

Ja, niżej podpisana/y

1. dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie **Centrum Aktywności Osób Głuchych i Słabosłyszących (CAOGiS)**,

2. **oświadczam**, że spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie, w tym:

- Mieszkam na terenie obszaru rewitalizacji Miasta Łodzi lub zostałem/am przeniesiony/a w związku z wdrażaniem tego procesu
- Mam ważne orzeczenie o niepełnosprawności lub zaświadczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (dot. Uczestników do 18 r.ż.) lub audiogram lub inne dokumenty w zależności od rodzaju niepełnosprawności (dot. uczestników z niepełnosprawnością sprzężoną)

3. **oświadczam**, że jestem osobą: aktywną zawodowo/ bierną zawodowo/ bezrobotną lub poszukującą pracy/niepełnoletnią powyżej 15 r.ż. (właściwe podkreślić).

4. **oświadczam**, że *doświadczam sytuacji wielokrotnego wykluczenia -Zał. 1/ korzystam z PO Pomoc Żywnościowa* (zaświadczenie z właściwego Ośrodka Pomocy Społecznej lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium), *nie dotyczy* (właściwe podkreślić)

5. w terminie 4 tygodni po zakończeniu mojego udziału w projekcie prześlę organizatorowi projektu informacje dotyczące mojego statusu na rynku pracy (w tym, jeśli dotyczy, kserokopię/ skan dokumentu potwierdzającego zatrudnienie)

6. w terminie 3 miesięcy po zakończeniu mojego udziału w projekcie dostarczę organizatorowi projektu dokumenty potwierdzające osiągnięcie efektywności społecznej i/lub zatrudnieniowej (w tym m.in. kserokopię/ skan zaświadczenia o ukończeniu kursu, szkoleń, udziale w zajęciach terapeutycznych, arkusze kompetencyjne UP, dokumentu potwierdzającego zatrudnienie, wpis do ewidencji działalności gospodarczej, zaświadczenie o rejestracji w PUP)

7. wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku przez Polski Związek Głuchych Oddział Łódzki w ramach realizacji i promocji projektu CAOGiS.

Projekt „Centrum Aktywności Osób Głuchych i Słabosłyszących (CAOGiS)” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ 2014-2020.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym **Formularzu** na potrzeby projektu „CAOGiS”, w tym na potrzeby ewaluacji, kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, oświadczam, że dane zawarte w tym **Formularzu** są zgodne z prawdą.

.....
(data)

.....
(czytelny podpis Uczestnika/ opiekuna prawnego)

Projekt „Centrum Aktywności Osób Głuchych i Słabosłyszących (CAOGiS)” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Wł 2014-2020.

Załącznik nr 1

Oświadczenie o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia z powodu więcej niż jednej przesłanek wym. w rozdz. 3 pkt. 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem EFS i EFRR na lata 2014-2020 z dnia 09.01.2018

Uprzedzony/a o odpowiedzialności Cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że jestem osobą doświadczącą wielokrotnego wykluczenia z powodu (zaznaczyć właściwe):

- osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub oświadczenie uczestnika);
- osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (zaświadczenie z właściwej instytucji lub oświadczenie uczestnika);
- osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (zaświadczenie z właściwej instytucji, lub zaświadczenie od kuratora lub oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna prawnego w przypadku osób niepełnoletnich np. rodzica zastępczego);
- osobą nieletnią, wobec której 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 2018 r. poz. 969), (zaświadczenie od kuratora lub zaświadczenie z zakładu poprawczego lub innej instytucji czy organizacji społecznej zajmującej się pracą z nieletnimi o charakterze wychowawczym, terapeutycznym lub szkoleniowym lub inny dokument potwierdzający zastosowanie środków zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości lub oświadczenie uczestnika);
- osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z 07.09.1991 r. o systemie oświaty (Dz.U. z 2018 r. , poz.1457, z późn. zm.) (zaświadczenie z ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego/ socjoterapii lub oświadczenie uczestnika);
- osobą z niepełnosprawnością – osobą z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełno sprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełno sprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze edukacji na lata 2014-2020 (odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia);
- członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością (odpowiednie orzeczenie lub inny dokument potwierdzający w/w sytuację);

Projekt „Centrum Aktywności Osób Głuchych i Słabosłyszących (CAOGiS)” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ 2014-2020.

- osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - 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 (zaświadczenie od lekarza lub odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia lub oświadczenie uczestnika lub jego opiekuna, jeśli niemożliwe jest uzyskanie oświadczenia uczestnika);
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 (zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację lub oświadczenie uczestnika);
- osobą odbywającą karę pozbawiania wolności w formie dozoru elektronicznego (zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację lub oświadczenie uczestnika);
- osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu lub oświadczenie uczestnika) .

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Uczestnika