



Imię									Nazwisko								
Stopień pokrewieństwa/ zależności																	
DANE ADRESOWE/TELEFONICZNE																	
Kod				-					Miejscowość								
Ulica									Nr domu, lokalu								
Województwo									Powiat								
Gmina									Adres e-mail								
Telefon stacjonarny									Tel. komórkowy _____								

Imię									Nazwisko								
Stopień pokrewieństwa/ zależności																	
DANE ADRESOWE/TELEFONICZNE																	
Kod				-					Miejscowość								
Ulica									Nr domu, lokalu								
Województwo									Powiat								
Gmina									Adres e-mail								
Telefon stacjonarny									Tel. komórkowy _____								

8. Sytuacja rodzinna:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> rodzina pełna | <input type="checkbox"/> małżonkowie rozwiedzeni |
| <input type="checkbox"/> rodzina niepełna | <input type="checkbox"/> opieka nad dzieckiem/dziećmi |
| <input type="checkbox"/> rodzina rozbita | <input type="checkbox"/> jeden z opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem niepełnosprawny |
| <input type="checkbox"/> osoba samotna | |

10. Sytuacja na rynku pracy

- emeryt rencista
- osoba aktywna zawodowo, pracująca, w tym:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> w administracji rządowej | <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej |
| <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej | <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek |
| <input type="checkbox"/> w MŚP | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |

Zawód wykonywany:

Nazwa/adres zakładu pracy:

- osoba bierna zawodowo, w tym:
- | | | |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ucząca się | <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | <input type="checkbox"/> inne |
|-------------------------------------|---|-------------------------------|



- osoba niezarejestrowana w urzędzie pracy, w tym:
- osoba długotrwale bezrobotna inne
- osoba bezrobotna (w rozumieniu BAEL lub zarejestrowana w urzędzie pracy), w tym:
- osoba długotrwale bezrobotna inne
- osoba długotrwale bezrobotna (osoby bezrobotne w rozumieniu definicji BAEL lub zarejestrowana w urzędzie pracy nieprzerwanie przez okres powyżej 12 miesięcy)

11. Opieka nad dziećmi do lat 7 lub osobami zależnymi: tak nie

12. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności: tak nie

13. Rodzaj niepełnosprawności:

.....

.....

.....

Wymagam następujących udogodnień.....

.....

.....

.....

.....

.....

14. Pozostałe dane:

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
- w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na
Uczestnika/Uczestniczkę lub Opiekuna
Prawnego Kandydatki/Kandydata

*Niewłaściwe skreślić

OŚWIADCZENIA KANDYDATA/KANDYDAKI

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

Deklaruję chęć udziału w projekcie *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*.

Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określić moje predyspozycje do udziału w Projekcie.

Zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie zawartymi w *Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie oświadczam, że akceptuję warunki *Regulaminu*.



Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków budżetu państwa.

Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych (tj. osoby z niepełnosprawnościami, migranci, osoby obcego pochodzenia i mniejszości, osoby z innych grup w niekorzystnej sytuacji społecznej), z zastrzeżeniem, że odmowa podania informacji dotyczących danych wrażliwych w przypadku projektu skierowanego do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

W związku z kandydowaniem na Uczestnika projektu *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*, realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020, wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu oraz wizerunku (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2016 r., poz. 922 z późn. zm.), do celów związanych z realizacją i promocją projektu *Dzienny Ośrodek Rehabilitacyjno-Pielęgnacyjny*.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że:

1. wyżej wymienione dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu ewaluacji, kontroli, audytu oraz sprawozdawczości w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 (RPO WL).
2. moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu udzielenia wsparcia i usług Projektu;
3. moje dane osobowe mogą zostać udostępnione innym podmiotom w celu ewaluacji, jak również w celu realizacji zadań związanych z monitoringiem i sprawozdawczością w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014–2020;
4. podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu;
5. mam prawo dostępu do swoich danych i ich poprawiania;
6. moja zgoda obejmuje również przetwarzanie ww. danych w przyszłości pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel przetwarzania.

Wyrażam zgodę na udział w badaniu ankietowym, które odbędzie się do 6 m-cy od dnia zakończenia udziału w Projekcie.

Jestem świadomy/a, iż złożenie *Formularza zgłoszeniowego* nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki na
Uczestnika/Uczestniczkę lub Opiekuna
Prawnego Kandydatki/Kandydata

Data wpływu formularza: _____ - _____ - _____ r.

.....
Podpis osoby przyjmującej formularz:



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

