

Załącznik nr 2
FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY:

„Codziennie samodzielni – zwiększenie dostępu do usług społecznych szansą na dłuższą aktywność osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

FEOP.07.01-IZ.00-0022/23

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

Dane uczestnika/ uczestniczki:														
Imię:														
Nazwisko:														
PESEL:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna ☐ odmowa podania informacji													
Wykształcenie:	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe													
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)¹:														
Województwo:	opolskie													
Powiat:														
Gmina:														
Miejscowość:														

¹Informacja o zameldowaniu na pobyt stały lub czasowy pobrana elektronicznie poprzez profil zaufany na stronie: www.gov.pl. lub Oświadczenie właściciela lub najemcy lokalu, który potwierdzi stały pobyt oraz dokument potwierdzający, że osoba podpisująca to oświadczenie jest jego właścicielem lub najemcą



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

Ulica:	
Numer budynku:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Status uczestnika:	
Status na rynku pracy:	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
	☐ osoba pracująca
	☐ emeryt/ka/ rencista/ka
Miejsce pracy: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)	 (nazwa firmy/instytucji)
Osoba pracująca w: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)	☐ administracji rządowej ☐ administracji samorządowej



	☐ organizacji pozarządowej ☐ MMŚP ☐ dużym przedsiębiorstwie ☐ prowadząca działalność na własny rachunek (nazwa firmy) ☐ inne niewymienione powyżej
Wykonywany zawód: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)	☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny niewymieniony powyżej
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji

<i>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</i>	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
<i>Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniam co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej</i>	☐ TAK ☐ NIE
<i>Podlegam pod zasady zatrudnienia socjalnego (osoba bezdomna, uzależniona od alkoholu/narkotyków lub innych środków odurzających, chora psychicznie, długotrwale bezrobotna, zwolniona z zakładu karnego, uchodźca, osoba niepełnosprawna)</i>	☐ TAK ☐ NIE
<i>Jestem 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</i>	☐ TAK ☐ NIE
<i>Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)</i>	☐ TAK ☐ NIE
<i>Jestem osobą żyjącą w jednoosobowym gospodarstwie domowym</i>	☐ TAK ☐ NIE
<i>Korzystam z Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową 2021-2027</i>	☐ TAK ☐ NIE

Potrzeba zapewnienia transportu:

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź.

☐ Tak, potrzebuję transportu z miejsca zamieszkania do miejsca świadczenia usług i z powrotem.

☐ Nie, nie potrzebuję transportu.

(W przypadku odpowiedzi „tak” proszę krótko opisać powód lub ograniczenia mobilności:

.....)



Fundusze Europejskie
dla Opolskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



OPOLSKIE

Miejscowość i data

Czytelny podpis uczestnika projektu

Decyzja komisji rekrutacyjnej o zakwalifikowaniu do projektu: TAK/ NIE

Podpis osoby decyzyjnej