Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„AOON WARSZAWA”**

Formularz Zgłoszeniowy Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie „AOON Warszawa” może **być wypełniony elektronicznie** **(czcionka wielkości minimum 11) lub odręcznie (czytelnie)** w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach.

Formularz należy wypełnić **w częściach od II do IV.** Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru (na przykład tak lub nie) oraz złożenie
podpisów we wskazanych miejscach.

**Część V. Formularza dotyczy informacji, które są zbierane od osób zakwalifikowanych do Projektu**. Podanie danych w części V jest dobrowolne, nie ma wpływu na ewentualne zakwalifikowanie się do Projektu, a przetwarzanie danych osobowych zawartych w tej części Formularza następuje w oparciu o dobrowolną zgodę. **Osoby, które zakwalifikują się
do Projektu, będą zobowiązane do uzupełniania informacji z części V Formularza, zgodnie z wymogami Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych.**

**Złożenie Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem
się do Projektu.**

**Po zakończeniu uzupełninia formularza proszę sprawdzić czy wszystkie wymogi formalne zostały spełnione. W tym pomocna jest lista kontrolna która jest załączona
na końcu Formularza.**

|  |
| --- |
| **Część I Dane Projektu:** |
| **Beneficjent**  | Miasto Stołeczne Warszawa  |
| **Realizator**  | Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” |
| **Partner**  | Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego Oddział Warszawski |
| **Tytuł projektu** | "AOON Warszawa" |
| **Nr projektu**  | RPMA.09.02.01-14-c740/19-00 |
| **Priorytety** | IX - Wspieranie włączenia społecznego i walki z ubóstwem |
| **Działanie**  | 9.2 - Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej |
|  |  |  |
| **Część II Dane Kandydata/Kandydatki do udziału w Projekcie:** |
| **Dane osobowe**  | Imię (imiona) |   |
| Nazwisko |   |
| PESEL |   |
| Data urodzenia  |   |
| Płeć  | kobieta □ mężczyzna □  |
| **Adres zamieszkania**  | Miasto |   |
| Dzielnica  |   |
| Kod pocztowy  |   |
| Ulica  |   |
| Nr domu |   |
| Nr mieszkania  |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wykształcenie:** | □ brak□ podstawowe□ gimnazjalne□ ponadgimnazjalne□ ogólnokształcące □ techniczne□ zasadnicze zawodowe□ pomaturalne □ wyższe I stopnia (licencjackie, inżynierskie)□ wyższe II stopnia (magisterskie)□ wyższe III stopnia (doktoranckie) |
| **Dane kontaktowe**  | Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail  |  |
| Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania) |   |

|  |
| --- |
| **Część III Oświadczenia Kandydata/Kandydatki do udziału w ProjekcieOświadczam, że spełniam kryteria formalne uczestnictwa w Projekcie:**  |
| **Kryteria formalne przyjęcia Kandydata** | Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie o:(proszę właściwe zaznaczyćsymbolem X) | znacznym stopniu niepełnosprawności □ |
| umiarkowanym stopniu niepełnosprawności □ |
| I grupa inwalidzka □ |
| II grupa inwalidzka □ |
| całkowitej niezdolności do pracy i/lub samodzielnej egzystencji □ |
| całkowitej niezdolności do pracy □ |
| stałej lub długotrwałej niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym □ |
| inny równoważny dokument stwierdzający niepełnosprawność Jaki?...................................... |
| Data ważności: bezterminowe □ |
| Data ważności: do dnia……………….. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria formalne przyjęcia Kandydata** | Jestem mieszkańcem Warszawy (proszę zaznaczyć symbolem X) | tak □ nie □  |
| Jestem osobą niesamodzielną wymagającą wsparcia (proszę zaznaczyć symbolem X) |  tak □ nie □  |
| Jestem osobą pełnoletnią (proszę zaznaczyć symbolem X) |  tak □ nie □  |

|  |
| --- |
| **Część IV kryteria premiujące punktowane przyjęcia do Projektu:** |
| **Kryteria punktowane** | Mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie jest równy bądź mniejszy niż 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej  | tak □ nie □  |
| Jestem osobą samotnie zamieszkującą  | tak □ nie □  |
| Korzystam z Programu OperacyjnegoPomoc Żywnościowa 2014-2020 | tak □ nie □  |

|  |
| --- |
| **Część V status uczestnika na rynku pracy w momencie przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):** |
| **jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy**  | □  |
| **jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędu pracy**  | □ |
| **jestem osobą pracującą**  | □ |
| **jestem osobą uczącą się** | □ |
| **nie uczę się i jestem osobą niesamodzielną**  | □ |
| **Status uczestnika w momencie przystąpienia do projektu (zaznaczyć odpowiednio x):** |
| **Należę do mniejszości narodowej lub etnicznej, jestem migrantem, osobą obcego pochodzenia**  | □ tak□ nie□ odmawiam podania |

**Część VI Ankieta dla Kandydata do udziału w projekcie „AOON Warszawa”.**

* 1. **Opis niepełnosprawności (proszę właściwie zaznaczyć symbolem X):**
1. **Przyczyna niepełnosprawności/dysfunkcja**

**(proszę właściwie zaznaczyć symbolem X):**

* Ruchowa
* Intelektualna
* Narządu wzroku
* Narządu słuchu
* Choroby neurologiczne
* Choroby psychiczne
* Niepełnosprawność sprzężona
* Inne ……………………………………………………………………………………………

**b) Rodzaj schorzenia (proszę właściwie zaznaczyć symbolem X):**

□ dysfunkcja narządu ruchu (osoba poruszająca się przy pomocy: kul, balkonika itp.)

□ dysfunkcja narządu ruchu (osoba poruszająca się przy pomocy wózka)

□ dysfunkcja narządu wzroku: niewidoma □, słabo widząca □

□ dysfunkcja narządu słuchu: osoba nie słyszącą □, osoba słabo słysząca □

□ upośledzenie umysłowe

□ wrodzona łamliwość kości

□ stwardnienie rozsiane

□ zespół Downa
□ mózgowe porażenie dziecięce

□ Parkinson

□ zespół Aspergera

□ Autyzm

□ Alzheimer

inne niż wymienione (proszę wymienić):…………………………………………………
……………………………………………………………………………………………………..

* 1. **Sprzęty specjalistyczne, z których na co dzień korzysta Kandydat
	(proszę właściwie zaznaczyć symbolem X):**

□ wózek standardowy

□ wózek elektryczny

□ kule

□ balkonik

□ biała laska

□ schodołaz

□ protezy

□ podnośnik

□ trójnóg

□ alternatywne sposoby komunikowania się piktogram

□ inne (proszę wymienić jakie)

* 1. **Czy miejsce zamieszkania i miejsce docelowe są dostosowane do potrzeb osoby
	z niepełnosprawnością (proszę właściwie zaznaczyć symbolem X) ?**

winda: tak □ nie □

podjazd: tak □ nie □

platforma: tak □ nie □

bariery jeżeli są proszę wymienić jakie………………………………………………………

**Warszawa dnia:……………………** **………………………………………**

 **podpis Kandydata/ki**

**OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**
Na podstawie z art. 6 ust. 1 lit a oraz art. 9 ust. 2 lit. a Rozporządzenia 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 tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w części V Formularza oraz w Ankiecie dla kandydatki/kandydata przez Centrum Usług Społecznych „Społeczna Warszawa” oraz Partnera Polskie Towarzystwo Stwardnienie Rozsianego, w celu przeprowadzenia rekrutacji do projektu „AOON Warszawa”.

**Warszawa dnia:…………………… ………………………………………**

 **podpis Kandydata/ki**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym uczestnika, w tym wszystkie oświadczenia, są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/am się z postanowieniami Regulaminu uczestnictwa w projekcie akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa określone w nim i w przypadku zakwalifikowania się do udziału w Projekcie „AOON Warszawa” zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.
4. Deklaruję swój udział w projekcie „AOON Warszawa”, w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w nim.
5. Deklaruję uczestnictwo w określonych dla mnie formach wsparcia w Projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.
6. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu „AOON Warszaw” ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego 2014-2020.
7. Zostałem/am poinformowany/a na etapie składania dokumentów rekrutacyjnych do Projektu „AOON Warszawa” o możliwości odmowy podania danych szczególnych kategorii dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w innej niekorzystnej sytuacji społecznej).

**Warszawa dnia:…………………… ………………………………………**

 **podpis Kandydata/ki**

**Lista kontrolna poprawności wypełnienia i złożenia dokumentów rekrutacyjnych.**

**SPRAWDŹ PRZED OSTATECZNYM ZŁOŻENIEM DOKUMENTÓW:**

**□** wszystkie pola formularza zgłoszeniowego są przeze mnie
 wypełnione;

**□** formularza zgłoszeniowy został podpisany przeze mnie we
 wszystkich wskazanych miejscach i zawiera datę;

**□** załączyłem wypełnione i podpisane załączniki do Regulaminu:

**□ załącznik nr 1** Formularz Zgłoszeniowy;

**□ załącznik nr 2** Oświadczenie o spełnieniu kryteriów grupy
 docelowej;

**□ załącznik nr 3** Oświadczenie o korzystaniu z Programu
 Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020;

**□ załącznik nr 4** Oświadczenie o kryterium dochodowym.

**Ta lista nie jest wymagana do złożenia wraz z dokumentami.
Sprawdź listę i zachowaj ją dla siebie.**