|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **WYPEŁNIA BIURO PROJEKTU** | | |
| **Pieczątka Realizatora projektu** | **Nr Kandydata** |  |
| **Data i godzina wpływu** |  |
| **Podpis przyjmującego** |  |

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY   
SZKOLENIA Z ZAKRESU OPIEKI I REHABILITACJI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projekt** | | | | | ***„Doposażenie wypożyczalni w sprzęt rehabilitacyjny, pielęgnacyjny i wspomagający”*** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nr projektu** | | | | | **RPPK. 08.03.00-18-0028/21** | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Oś Priorytetowa VIII, Działanie 8.3* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE OSOBOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona) i nazwisko** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **PESEL** | | | | | | |  | | | | | | | | | **Wiek w latach \_ \_** | | | | |
| **Płeć** | | | | | | | **Kobieta**  **Mężczyzna** | | | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE O MIEJSCU ZAMIESZKANIA\*:**  **Oświadczam, że *zamieszkuję pod wskazanym poniżej adresem*:**  *(Miejsce zamieszkania w rozumieniu art. 25 Kodeksu Cywilnego – miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ulica** | | | | | |  | | | | | | | **Nr domu** |  | | | | **Nr lokalu** |  | |
| **Miejscowość** | | | | | |  | | | | | | | **Obszar** | **miejski  wiejski** | | | | | | |
| **Kod pocztowy** | | | | | |  | | | | | | | **Poczta** |  | | | | | | |
| **Gmina** | | | | | |  | | | | | | | **Powiat** |  | | | | | | |
| **Województwo** | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DANE KONTAKTOWE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Telefon komórkowy i/lub stacjonarny** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **E-mail** | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **POZIOM WYKSZTAŁCENIA*****Według Międzynarodowej Standardowej Klasyfikacji Kształcenia***  *Oświadczam, że posiadam wykształcenie ukończone na poziomie:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Brak formalnego wykształcenia | | | |  | | | Podstawowe (ISCED 1)\* | | | |  | | Gimnazjalne (ISCED2)\* | | | |
|  | | | | Ponadgimnazjalne (ISCED 3)\*  *(ukończone na poziomie szkoły średniej - średnie lub zasadnicze zawodowe)* | | | |  | | | Policealne (ISCED 4)\*  *(ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)* | | | |  | | Wyższe (ISCED 5-6)\* | | | |
| **Ostatnia ukończona szkoła/uczelnia:** *Proszę podać nazwę szkoły, miejscowość, kierunek kształcenia* | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **STATUS NA RYNKU PRACY – należy x zaznaczyć max jedną odpowiedź**  *Oświadczam, że jestem:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | osobą bezrobotną zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | osobą bierną zawodowo (*osoba poniżej 18 r. ż., osoba powyżej 18 r. ż. ucząca się w systemie dziennym, emeryt, rencista itp.)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | osobą pracującą**[[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Zakład pracy:**  *Proszę podać adres oraz nazwę zakładu pracy* | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA – STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Oświadczam, że jestem:**   1. Osobą spokrewnioną z osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu   **TAK NIE**  Stopień pokrewieństwa: ………………………………………………………………………..   1. Opiekunem prawnym osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu   **TAK NIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności**[[2]](#footnote-2) :  **TAK**  **NIE**  jestem osobą z niepełnosprawnością wymagającą dodatkowych usprawnień[[3]](#footnote-3)  **TAK**  **NIE**  rodzaj usprawnień: .................................................................................................................................................... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ŹRÓDŁO INFORMACJI O PROJEKCIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Facebook  strona www  plakat  lokalne portale informacyjne  inne ………………………………….** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, 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 (Dz. Urz. UE L 119/1, z 4 maja 2016 r.) przez: Związek Stowarzyszeń Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Powiatu Rzeszowskiego, 36-054 Mrowla79 C do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacji, monitoringu i ewaluacji projektu* ***„Doposażenie wypożyczalni w sprzęt rehabilitacyjny, pielęgnacyjny i wspomagający”.*** *Oświadczam,  że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a także dobrowolności ich podania.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Miejscowość i data* | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Czytelny podpis Kandydata/rodzica/opiekuna prawnego /pełnomocnika* | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAŁĄCZNIKI OBLIGATORYJNE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | Decyzja sądu opiekuńczego/akt notarialny (dotyczy opiekunów prawnych) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**   * zapoznałem/łam się z ***Regulaminem*** ***projektu pn. „Doposażenie wypożyczalni w sprzęt rehabilitacyjny, pielęgnacyjny i wspomagający” określający zasady rekrutacji i udziału  w projekcie oraz działania wypożyczalni doposażonej w ramach projektu****”* iakceptuję zapisy tego dokumentu; * wszystkie podane przeze mnie informacje w Formularzu rekrutacyjnym i oświadczeniach są prawdziwe i kompletne. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP, CEiDG) pod względem ich zgodności z prawdą; * zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. *„****Doposażenie wypożyczalni sprzęt rehabilitacyjny, pielęgnacyjny i wspomagający****”* **RPPK.08.03.00-18-0028/21** jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,   *realizowany przez* ***Związek Stowarzyszeń Pomocy Osobom Niepełnosprawnym Powiatu Rzeszowskiego***w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych   * zapoznałem/łam się z zasadami udziału w w/w projekcie i wyrażam zgodę na uczestnictwo w nim; * zgodnie z wymogami jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie tj.: * pełnię funkcję opiekuna osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu; * zamieszkuję na terenie powiatu rzeszowskiego;   *Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje zawarte w oświadczeniu są zgodne z prawdą.* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Miejscowość i data* | | | | | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Czytelny podpis Kandydata/rodzica/opiekuna prawnego /pełnomocnika* | | | | | | | | | | |

1. W przypadku osób pracujących proszę o podanie danych dotyczących miejsca zatrudnienia [↑](#footnote-ref-1)
2. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością może być w szczególności orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez powiatowy zespół ds. orzekania o niepełnosprawności oraz orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS   
   i inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). Natomiast pozostałe osoby (np. osoba ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi) na potwierdzenie statusu osoby niepełnosprawnej mogą przedstawić inny niż orzeczenie o niepełnosprawności dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza,   
   np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinię. [↑](#footnote-ref-2)
3. **Dodatkowe usprawnienia**, np.: tłumacz języka migowego, organizowanie form wsparcia w budynkach dostępnych dla osób z różnymi niepełnosprawnościami, dostosowanie posiłków, uwzględniania specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności, wydłużenie czasu organizacji wsparcia (wynikającego np.   
   z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów   
   z ust, stosowania języka łatwego itp.) [↑](#footnote-ref-3)