

Tytuł projektu	Srebrna Sieć II		Nr projektu	RPPM.06.02.02-22-0059/20	
Działanie 06.02	Usługi społeczne	Poddziałanie	06.02.02	Okres realizacji	1.12.20–30.06.23

<i>Data wpływu</i>	<i>Podpis osoby przyjmującej formularz</i>

Miejscowość, data

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do projektu „Srebrna Sieć II”
dla grupy docelowej opiekunów faktycznych osób niesamodzielnych

Formularz zgłoszeniowy kandydata/kandydatki na uczestnika/uczestniczkę projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) lub odręcznie (czytelnie) w języku polskim oraz podpisany imieniem i nazwiskiem w wyznaczonych miejscach. Warunkiem rozpatrzenia Formularza jest **wypełnienie wszystkich wymaganych pól**. Należy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru.

Złożenie Formularza nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do Projektu.

I. Dane Projektu		
1	Nazwa Partnera Wiodącego	Powiat Słupski , w imieniu którego projekt realizuje Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Słupsku
2	Nazwa Partnera	Gmina

II. Dane kandydata/kandydatki do udziału w Projekcie		
Dane osobowe	Imię (imiona)	
	Nazwisko	
	PESEL	
	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Adres zamieszkania	Miejscowość	Ulica
	Nr domu	Nr lokalu
	Kod pocztowy	Poczta
Dane kontaktowe	Telefon	
	Adres e-mail	
	Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)	



III. Dane dotyczące sprawowania opieki faktycznej przez kandydata/kandydatkę

Oświadczam, że:

(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)

jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej

TAK

NIE

IV. Sytuacja dochodowa kandydata/kandydatki

Oświadczam, że:

(należy zaznaczyć „X” przy odpowiedniej pozycji)

mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na 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

mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie **mieści się w zakresie od 150% do 250% kryterium dochodowego**, o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej

TAK

NIE

mój dochód na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie **jest wyższy niż 250% kryterium dochodowego**, o którym mowa w ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej

TAK

NIE

V. Informacja o specjalnych potrzebach wynikających z niepełnosprawności

Czy kandydat/-ka posiada specjalne potrzeby wynikające z jego niepełnosprawności?

(np. realizacji spotkań/zajęć w miejscu dostosowanym do osób z problemami w poruszaniu się/poruszających się na wózku inwalidzkim, długości proponowanego wsparcia, w przypadku korzystania z poczęstunku uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych wynikających z niepełnosprawności, potrzeby pomocy przy przemieszczaniu się, zapewnienie dowozu/przejazdu na zajęcia, itp.)

tak

nie

Jeżeli tak, proszę wskazać.



VI. Oświadczenia

Oświadczam, że:

1. Dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję jego warunki. Deklaruję swój udział w projekcie „Srebrna Sieć II”.
3. W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do bezwzględnego przestrzegania regulaminu uczestnictwa i rekrutacji.
4. Spełniam kryteria kwalifikowalności uczestników określone w regulaminie uczestnictwa i rekrutacji.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt „Srebrna Sieć II” jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020.
6. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie informacji niezgodnych z prawdą i przyjmuję do wiadomości, że podane informacje podlegają weryfikacji przez upoważnione instytucje.

.....
data i czytelny podpis

ZAŁĄCZNIK:

Podpisany regulamin uczestnictwa i rekrutacji.



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

