



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### Informacje o projekcie

Projekt pt. „Szansa dla wykluczonych – Dzienny Dom Opieki Medycznej w Busku-Zdroju” RPSW.09.02.03-26-0005/19-00 jest realizowany przez FONTIA sp. z o.o. ul. 1 Maja 1, 28-100 Busko-Zdrój we współpracy z Samodzielnym Publicznym Zespołem Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju, ul. Sądowa 9, 28-100 Busko-Zdrój, Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

### Dane kandydata/kandydatki:

imię..... nazwisko..... PESEL .....

wiek..... płeć K\* M\* ulica..... nr domu..... nr lokalu .....

miejsowość..... kod pocztowy..... poczta..... gmina .....

telefon kontaktowy..... e-mail..... województwo świętokrzyskie, powiat buski

**wykształcenie:**  niższe niż podstawowe  podstawowe  gimnazjalne  
 ponadgimnazjalne  policealne  wyższe

<input type="checkbox"/> <b>osoba bezrobotna</b> <input type="checkbox"/> zarejestrowana w ewidencji urzędów <input type="checkbox"/> niezarejestrowana w ewidencji urzędów <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna (nieprzerwalnie przez ponad 12 mies.)	1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> <b>osoba bierna zawodowo</b> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	3. Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	4. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> TAK, jakiej ..... <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji
<input type="checkbox"/> <b>osoba pracująca</b> zatrudniona w (dane podmiotu) ..... ..... <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracowni instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu inny .....	

\* Skreślić niewłaściwe



**Dodatkowe informacje/oczekiwana forma wsparcia/zgłoszenie szczególnych potrzeb w związku z niepełnosprawnością:**

.....

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

1. Deklaruję udział w projekcie „Szansa dla wykluczonych – Dzienny Dom Opieki Medycznej w Busku-Zdroju” RPSW.09.02.03-26-0005/19-00.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem i zasadami udziału w projekcie oraz spełniam warunki udziału w projekcie.
3. Oświadczam, że przysługuje mi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2019 poz. 1373, z późn. zm.).
4. Oświadczam, że podane przeze mnie dane są aktualne i prawdziwe. Zostałam/em pouczone/a/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
5. Zobowiązuję się do przekazania danych po zakończeniu Projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu bezpośredniego do 4 tygodni od zakończenia udziału w projekcie oraz możliwości przyszłego udziału w badaniu ewaluacyjnym.
6. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020. Realizacja projektu jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
Data i podpis uczestnika/czki

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU**

W związku z przystąpieniem do Projektu pn. „Szansa dla wykluczonych – Dzienny Dom Opieki Medycznej” RPSW.09.02.03-26-0005/19-00 oświadczam, że nie korzystam z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

.....  
Data i podpis uczestnika/czki