**Załącznik nr 1b do Regulaminu**

**rekrutacji uczestników w zakresie wsparcia**

**„Opieka mobilna + wsparcie środowiskowe”**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DLA OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

**Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”**

|  |
| --- |
| **Wypełnia Beneficjent:** |
| **Nr identyfikacyjny:** |  |
|  **Data wpływu:** |  |

**Część A. INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:**

*Uwaga:*

*Formularz rekrutacyjny wypełnia opiekun faktyczny osoby z niepełnosprawnością. Gdy do projektu zostanie zakwalifikowana osoba z niepełnosprawnością, automatycznie do projektu zostanie zakwalifikowany jej opiekun faktyczny wskazany w niniejszym formularzu, o ile spełni warunki grupy docelowej.*

|  |
| --- |
| **Dane osoby z niepełnosprawnością** |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |

**I. Dane opiekuna faktycznego:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane opiekuna faktycznego**  | Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| Płeć |  |
| Obywatelstwo |  |
| Wykształcenie\* | * Niższe niż podstawowe (ISCED 0),
* Podstawowe sześcioletnie (ISCED 1),
* Podstawowe ośmioletnie (ISCED 2),
* Gimnazjalne (ISCED 2),
* Ponadgimnazjalne/średnie (ISCED 3),
* Policealne (ISCED 4),
* Wyższe (ISCED 5-8).
 |
| **Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe** | Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| **Status osoby****na rynku pracy** | 1. Osoba bezrobotna:
 | * Tak
 | * Nie
 |
| i. w tym osoba zarejestrowana w PUP | * Tak
 | * Nie
 |
| ii. w tym osoba długotrwale bezrobotna | * Tak
 | * Nie
 |
| ii. w tym inne |  |
| **Status osoby****na rynku pracy** | 1. Osoba bierna zawodowo
 | * Tak
 | * Nie
 |
|  | i. w tym osoba ucząca się / odbywająca kształcenie | * Tak

data zakończenia edukacji ………………… | * Nie
 |
|  | ii. w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu | * Tak
 | * Nie
 |
|  | ii. w tym inne |  |
|  | 1. Osoba pracująca
 | * Tak
 | * Nie
 |
| **Status w chwili przystąpienia do projektu** | Osoba obcego pochodzenia | * Tak
* Nie
 |
| Osoba państwa trzeciego | * Tak
* Nie
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | * Tak
* Nie
 |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”  wraz z załącznikami oraz w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną DWUP - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027 (stanowiącą załącznik nr 2 do Regulaminu) oraz Klauzulą Informacyjną RODO wobec Beneficjenta (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach w nich wskazanych.
4. Oświadczam, że zgodnie z wymogami ujętymi w Regulaminie rekrutacji i Regulaminie realizacji usług opiekuńczych w projekcie nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
5. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

…………………………………………………………………       …………………………………………………………………

*Miejscowość, data podpis opiekuna faktycznego*

**CZĘŚĆ B. DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**Projekt nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00 pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego”**

Niniejszym oświadczam, iż:

1. dobrowolnie przystępuję do projektu nr FEDS.07.07-IP.02-0060/23-00, pt. „ZOBACZ WE MNIE CZŁOWIEKA – Wałbrzyskie Centrum Integracji Osób z Niepełnosprawnościami – opieka mobilna i stacjonarna dla mieszkańców Wałbrzycha i powiatu wałbrzyskiego” (zwanym dalej „Projektem”);
2. zapoznałem się z Regulaminem uczestnictwa wraz z załącznikami i akceptuje wszystkie warunki w nim zawarte;
3. spełniam wszystkie kryteria dostępu zawarte w Regulaminie projektu*,* tj. w szczególności
	1. zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie m. Wałbrzycha, powiatu wałbrzyskiego
	2. jestem (*właściwe zaznaczyć*)
		* opiekunem faktycznym/nieformalnym osoby z niepełnosprawnością potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
4. zobowiązuję się do:
	1. uczestnictwa w proponowanym przez Lidera i Partnerów wsparciu w ramach projektu,
	2. wypełniania dokumentów związanych z realizacją działań projektowych oraz ewentualnych ankiet niezbędnych w procesie monitorowania Projektu,
	3. udzielenia informacji o mojej sytuacji po opuszczeniu Projektu,
	4. bieżącego informowania o wszystkich zmianach, które mogą mieć wpływ na udział w Projekcie, w tym także bieżącej aktualizacji danych kontaktowych,
	5. przestrzegania Regulaminu uczestnictwa wraz z załącznikami.
5. Zostałem/łam poinformowany/na, iż uczestniczę w projekcie współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027; Priorytet 7 Fundusze Europejskie na rzecz rynku pracy i włączenia społecznego na Dolnym Śląsku, Działanie 7.7 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych.

|  |  |
| --- | --- |
| …..………………………………… | ………………………………………...………………………………………..…………… |
| *Miejscowość, data* | *Podpis uczestnika lub opiekuna prawnego działającego w imieniu uczestnika projektu* |
|  |  |

Załączniki do Deklaracji Uczestnictwa:

* Załącznik nr 1 - Informacje na potrzeby monitorowania i oświadczenia uczestnika projektu
* Załącznik nr 2 – Oświadczenie w zakresie danych osobowych