**Formularz zgłoszeniowy do projektu**

**„Wsparcie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym**

**z terenu Gminy Kraśniczyn poprzez utworzenie**

**klubu seniora – Koło Aktywizacji Społecznej”**

dofinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020,

Priorytet 11 Włączenie społeczne, Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię (imiona)** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  | |  |  |  |  | | |  |  |  |  |
| **Płeć** | * **Kobieta** | | | | | * **Mężczyzna** | |  | | | | | | | |
| **Wiek** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Wykształcenie** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Miejscowość** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Ulica** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Nr domu** |  | | | | | **Nr lokalu** | |  | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** |  | | | | | **Poczta** | |  | | | | | | | |
| **Powiat** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Województwo** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Telefon kontaktowy** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Adres e-mail** |  | | | | |  | |  | | | | | | | |
| **Osoba niesamodzielna** | | | | | * **Tak** | | | | | * **Nie** | | | | | |
| **Osoba niesamodzielna i/lub niepełnosprawna, której dochód nie przekracza 150% kryterium**  **dochodowego uprawniającego do**  **skorzystania z pomocy społecznej.** | | | | | * **Tak** | | | | | * **Nie** | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnością** | | | | | * **Tak** | | | * **Nie** | | | * **lekki stopień** * **umiarkowany stopień** * **znaczny stopień** | | | | | |
| **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** | | | | | * **Tak** | | | * **Nie** | | | | | | | | |
| **Osoba z zaburzeniami psychicznymi** | | | | | * **Tak** | | | * **Nie** | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba korzystające ze wsparcia w ramach  PO Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | * Tak | * Nie |
| Osoba zagrożona ubóstwem  lub wykluczeniem społecznym | * Tak | * Nie |
| Osoba niedowidząca | * Tak | * Nie |
| Osoba bezdomna/wykluczona  z dostępu do mieszkania | * Tak | * Nie |

………………………………………………………… .............................................................................................. *(Miejscowość, data) (Czytelny podpis)*

**Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć:**

1. Deklarację uczestnictwa - załącznik nr 1.
2. Oświadczenia – załącznik nr 2.
3. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych – załącznik nr 3.
4. Dokument potwierdzający stan zdrowia - w przypadku osób niepełnosprawnych (kserokopia, oryginał do wglądu).

Opinia Komisji Rekrutacyjnej

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

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

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… Kwalifikuje się / nie kwalifikuje się

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

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

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….