Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego do projektu pn.:
„Kompleksowe wsparcie usług społecznych na terenie Gminy Muszyna”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY KANDYDATA/KI NA OPIEKUNA SĄSIEDZKIEGO DO PROJEKTU PN. „KOMPLEKSOWE WSPARCIE USŁUG SPOŁECZNYCH NA TERENIE GMINY MUSZYNA” w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027 Działanie: 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT, Typ projektu: C	
Beneficjent	**Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania Brama Beskidu Mostki 86, 33-340 Stary Sącz**
Tytuł projektu	**„Kompleksowe wsparcie usług społecznych na terenie gminy Muszyna”**
Nr projektu	**FEMP.06.33-IP.01-1545/24**
Czas trwania projektu	**od: 01-07-2025 do: 30-06-2028**

CZĘŚĆ I. WYPEŁNIA OPIEKUN SĄSIEDZKI

Lp.	**Dane**			
I	**Dane osobowe**	**1**	**Imię**	
		2	**Nazwisko**	
		3	**Płeć**	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
		4	**Wiek w chwili przystąpienia do projektu**	
		5	**Obywatelstwo**	☐ obywatelstwo polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
		6	**PESEL**	
		7	**Wykształcenie**	☐ średnie I stopnia lub niższe ☐ ponadgimnazjalne lub policealne ☐ wyższe

Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego do projektu pn.:
„Kompleksowe wsparcie usług społecznych na terenie Gminy Muszyna”

II	**Adres zamieszkania**	**8**	**Kraj**	
		9	**Miejscowość**	
		10	**Gmina**	
		11	**Ulica**	
		12	**Nr budynku /Nr lokalu**	
		13	**Kod pocztowy**	
		14	**Województwo**	
		15	**Powiat**	
III	**Dane kontaktowe**	**16**	**Telefon kontaktowy**	
		17	**Adres e-mail**	
IV	**Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu**	**1. Osoba bierna zawodowo**		☐ Tak ☐ Nie

			w tym: ☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie ☐ osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
		2. Osoba pracująca	☐ Tak ☐ Nie

			w tym: ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty ☐ kadra pedagogiczna ☐ kadra niepedagogiczna ☐ kadra zarządzająca ☐ osoba pracująca na uczelni ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ inne

		3. Osoba bezrobotna	☐ Tak ☐ Nie
			w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
V	**Status osoby 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 marginalizowane)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji
VI	**KRYTERIA FORMALNE**	**Osoba pełnoletnia** (kryterium będzie weryfikowane na podstawie - *Oświadczenie*)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba, która nie jest członkiem rodziny osoby, na rzecz której będą świadczone usługi sąsiedzkie (kryterium będzie weryfikowane na podstawie - *Oświadczenie*)	☐ Tak ☐ Nie

		Osoba, która nie jest oddzielnie zamieszkującym małżonkiem, wstępnym lub zstępnym osoby, na rzecz której będą świadczone usługi sąsiedzkie (kryterium będzie weryfikowane na podstawie - *Oświadczenie*)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba zamieszkująca w najbliższej okolicy osoby na rzecz której będą świadczone usługi sąsiedzkie (kryterium będzie weryfikowane na podstawie - *Oświadczenie*)	☐ Tak ☐ Nie
		Osoba, która złożyła organizatorowi usług sąsiedzkich oświadczenie o zdolności pod względem psychofizycznym do świadczenia usług sąsiedzkich (kryterium będzie weryfikowane na podstawie - *Oświadczenie*)	☐ Tak ☐ Nie

		Osoba, która ukończyła szkolenie z zakresu udzielania pierwszej pomocy (kryterium będzie weryfikowane na podstawie – *zaświadczenie/certyfikat wydany przez organizatora szkolenia*)	☐ Tak ☐ Nie
VII	**Proszę wskazać szczególne potrzeby dla kandydata/tki w odniesieniu do udziału w projekcie** (np. pętla indukcyjna, oznaczenie w alfabecie Braille, materiały drukowane większą czcionką itp.)		
VIII	**Informacja o osobie zgłaszanej do projektu jako potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/na rzecz której będą świadczone usługi sąsiedzkie**	Imię	
		Nazwisko	
		Adres zamieszkania	
Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i powierzanie moich danych osobowych/danych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym w celu rekrutacji, realizacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu – proszę wpisać „TAK”			

…….. ……
data *czytelny podpis kandydat/tki na opiekuna sąsiedzkiego*

Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego do projektu pn.:
„Kompleksowe wsparcie usług społecznych na terenie Gminy Muszyna"

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

1. wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie „KOMPLEKSOWE WSPARCIE USUG SPOŁECZNYCH NA TERENIE GMINY MUSZYNA", realizowanym przez Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania „Brama Beskidu" Mostki 86, 33-340 Stary Sącz w partnerstwie z Miastem i Gminą Uzdrowiskową Muszyna, ul. Rynek 31, 33-370 Muszyna w ramach programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie 6.33 Wsparcie usług społecznych w regionie - ZIT, Typ C. Usługi zgodne z zasadą deinstytucjonalizacji, w zakresie zapewnienia opieki osobom potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, w tym ze względu na wiek lub usługi w zakresie wsparcia opiekunów nieformalnych,
2. znam kryteria kwalifikacyjne do projektu, zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem rekrutacji do projektu i zobowiązuje się do jego przestrzegania,
3. w przypadku przyjęcia do projektu, zobowiązuję się do podpisywania wymaganych dokumentów związanych z moim uczestnictwem w projekcie,
4. przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu,
5. zostałam/em poinformowana/poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021 – 2027,
6. wyrażam zgodę na nieodpłatne, niewyłączne, nieograniczone czasowo i terytorialnie wykorzystywanie mojego wizerunku do celów projektu (zgodnie z art. 81 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych - Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631 z późn. zm. z uwzględnieniem dyrektyw Wspólnot Europejskich).

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że dane oraz oświadczenia zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.

…….. ……..
data *czytelny podpis kandydata/tki na opiekuna sąsiedzkiego*

Wypełnia osoba przyjmująca dokumenty			
Numer formularza ……	Data wpływu ……	Godzina ……..	Czytelny podpis ……