

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „AKTYWNY ELBLĄG”

Imię:													
Nazwisko:													
PESEL:		<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											
Miejscowość:													
Dzielnica:		<input type="checkbox"/> Zawada <input type="checkbox"/> Nad Jarem <input type="checkbox"/> Śródmieście-Wschód											
Ulica:													
Nr budynku:		Nr lokalu: (nie dotyczy <input type="checkbox"/>)											
Telefon kontaktowy:													
Adres e-mail:													
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP											
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (ucząca się, wychowująca dzieci itp.)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca											
Status osoby zgłaszającej się do projektu:													
Osoba z niepełnosprawnościami		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie										
Rodzaj niepełnosprawności ¹ :													
Osoba uczestnicząca w Programie Operacyjnym Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie										
Dlaczego Pan/Pani chce uczestniczyć w projekcie Aktywny Elbląg? Czy jest Pan/Pani chętny do zaangażowania się w realizację inicjatyw sąsiedzkich, pikników rodzinnych, ogrodu społecznego?													
.....													
.....													
.....													

W związku z udziałem w rekrutacji do projektu „Aktywny Elbląg” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wyłącznie na potrzeby rekrutacji. Moje dane osobowe będą przetwarzane przez Realizatorów Projektu – Forum Animatorów Społecznych oraz Spółdzielnię Socjalną IDEA, zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 lub art. 27 ust. 2 pkt 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).

Miejscowość i data

Czytelny podpis * ✓

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

¹ Pole do wypełnienia w przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK w powyższym pytaniu dotyczącym niepełnosprawności

Alebob

CZĘŚĆ II FORMULARZA

WYPEŁNIANA PRZEZ OSOBĘ WSPIERAJĄCĄ RODZINĘ

1.	Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	Osoba, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4.	Osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	Osoba przebywająca w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
6.	Osoba z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (<i>wymagana kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności</i>)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
7.	Osoba z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
8.	Osoba zakwalifikowana do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy lub osoba oddalona od rynku pracy (<i>wymagana kserokopia zaświadczenia z Urzędu Pracy</i>)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
9.	Osoba niesamodzielna (<i>wymagana notatka opisująca przyczynę niesamodzielności</i>)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
10.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
11.	Osoba korzystająca z PO PŻ	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

Opinia o motywacji do podjęcia aktywności i rozwoju:

Miejscowość i data

Czytelny podpis

ASB-ob

CZEŚĆ III FORMULARZA
WYPEŁNIANA UCZESTNIK PROJEKTU

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że:

1.	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	Osobą o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności/ z niepełnosprawnością sprzężoną/ z niepełnosprawnością intelektualną ²
2.	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	Osobą zamieszkującą obszar zdegradowany objęty rewitalizacją
3.	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	Osobą zamieszkującą jedną z trzech preferowanych dzielnic Elbląga: Zawada, Nad Jarem, Śródmieście-Wschód
4.	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	Osobą bezrobotną z III profilem pomocy ³
5.	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	Osoba, samotnie wychowującą dzieci
6.	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	Osobą z rodziny wielodzietnej
7.	<input type="checkbox"/> Jestem	<input type="checkbox"/> Nie jestem	Osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis * ✓

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej opiekuna prawnego.

² Wymagana kserokopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności

³ Wymagana kserokopia zaświadczenia z Urzędu Pracy

Alebob

