

Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
zgodnie z zarządzeniem znak GOPS.110.1.2019-0044

WSTĘPNY FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PRZEZNACZONY DLA OSÓB DEKLARUJĄCYCH CHĘĆ UCZESTNICTWA

w projekcie pn. „Wsparcie aktywności społecznej mieszkańców Gminy
Zebrzydowice poprzez utworzenie Klubu Integracji Społecznej”

realizowanego przez Gminę Zebrzydowice za pośrednictwem Gminnego
Ośrodka Pomocy Społecznej w Zebrzydowicach

Imię:	Nazwisko:
Adres zamieszkania/ pobytu:	Data urodzenia:
Nr telefonu, adres email:	Wykształcenie:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu dla potrzeb niezbędnych w procesie rekrutacji zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), Dz. U. UE. L. 119 z 4 maja 2016 r.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kodeksu karnego za składanie fałszywych oświadczeń

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. **Wsparcie aktywności społecznej mieszkańców Gminy Zebrzydowice poprzez utworzenie Klubu Integracji Społecznej** i przyjmuję go do stosowania.

Zgłaszam chęć uczestnictwa w projekcie jako:

- a) Osoba bezrobotna
- b) Osoba długotrwale bezrobotna
- c) Osoba niepełnosprawna
- d) Kobieta z problemem:
 - samotnego rodzicielstwa, wielodzietności , trudności w prowadzeniu gospodarstwa domowego
 - przemocy w rodzinie i nadużywania alkoholu



Znajduję się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej, ponieważ:

1. Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej:

• TAK, ze względu na:

- Ubóstwo
- Sieroctwo
- Bezdomność
- Bezrobocie (ustalony profil pomocy)
- Niepełnosprawność (stopień....., symbol/przyczyna)
- Długotrwałą chorobę
- Potrzebę ochrony macierzyństwa
- Przemoc w rodzinie
- Potrzebę ochrony ofiar handlu ludźmi
- Potrzebę ochrony macierzyństwa
- Bezradność w sprawach opiekuńczo- wychowawczych i w prowadzeniu gospodarstwa domowego, w tym rodzina niepełna, rodzina wielodzietna
- Trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą
- Trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu ZK
- Alkoholizm lub narkomania
- Sytuacja kryzysowa
- Klęska ekologiczna

• NIE

2. Jestem osobą opuszczającą pieczę zastępczą
3. Jesteśmy rodziną z dzieckiem z niepełnosprawnością, gdzie jeden z rodziców/opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością)
4. Jestem osobą niesamodzielną.
5. Korzystam z POPŻ

Zebrzydowice, dnia Podpis