



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Asystencja – ja też mogę”

Przed wypełnieniem formularza zgłoszeniowego prosimy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie dostępnym na stronie [www.s-cud.pl](http://www.s-cud.pl) i w biurze projektu.

### Instrukcja wypełniania Formularza

1. Swoją odpowiedź prosimy zaznaczyć krzyżykiem (X) lub podkreślić.
2. W miejscach do tego przeznaczonych prosimy o wpisanie **DRUKOWANYMI LITERAMI** wymaganych informacji.
3. Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól. Brak wymaganych informacji może skutkować odrzuceniem formularza.
4. Wymagane jest złożenie własnoręcznych, czytelnych podpisów pod oświadczeniami znajdującymi się w formularzu.

### Tę część wypełnia realizator projektu (Stowarzyszenie Centrum Usług Dostępnych)

Nazwa Beneficjenta: Stowarzyszenie Centrum Usług Dostępnych

Nr formularza rekrutacyjnego:

Data i godzina wpływu formularza:

Podpis osoby przyjmującej formularz:

### Tabela wypełniana przez uczestnika projektu

Lp.	Dane do wypełnienia
1.	Imię (imiona)
2.	Nazwisko
3.	Obywatelstwo
4.	Pesel



Lp.	Dane do wypełnienia
5.	Rodzaj i nr dokumentu tożsamości (gdy brak nr PESEL)
6.	Płeć Wybierz: <input type="checkbox"/> Kobieta, <input type="checkbox"/> Mężczyzna
7.	Wykształcenie Wybierz: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (średnie lub zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
8.	Województwo
9.	Powiat
10.	Gmina
11.	Miejscowość
12.	Ulica
13.	Nr budynku
14.	Nr lokalu
15.	Kod pocztowy
16.	Telefon kontaktowy
17.	Adres e-mail
18.	Status osoby na rynku pracy, wybierz: <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo: 1. ucząca się/ odbywająca kształcenie 2. nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu 3. inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna 1. osoba długotrwale bezrobotna



Lp.	Dane do wypełnienia
	2. inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca Miejsce pracy
19.	Jestem osobą z niepełnosprawnością Wybierz: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
20.	Stopień niepełnosprawności Wybierz: <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny
21.	Rodzaj niepełnosprawności Wybierz: <input type="checkbox"/> Nie dotyczy <input type="checkbox"/> 01-U - upośledzenie umysłowe; <input type="checkbox"/> 02-P - choroby psychiczne; <input type="checkbox"/> 03-L - zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu; <input type="checkbox"/> 04-O - choroby narządu wzroku; <input type="checkbox"/> 05-R - upośledzenie narządu ruchu; <input type="checkbox"/> 06-E - epilepsja; <input type="checkbox"/> 07-S - choroby układu oddechowego i krążenia; <input type="checkbox"/> 08-T - choroby układu pokarmowego; <input type="checkbox"/> 09-M - choroby układu moczowo-płciowego; <input type="checkbox"/> 10-N - choroby neurologiczne; <input type="checkbox"/> 11-I - inne, <input type="checkbox"/> 12-C - całościowe zaburzenia rozwojowe.
22.	Jestem osobą zamieszkującą samotnie: Wybierz: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
23.	Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa Wybierz: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
24.	Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań Wybierz: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



Lp.	Dane do wypełnienia
25.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej: Wybierz: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
26.	Korzystam ze wsparcia asystenckiego w ramach innego projektu Wybierz: <input type="checkbox"/> Tak Jakiego (podaj program, źródło finansowania, itp.)  <input type="checkbox"/> Nie

### Oświadczam, że:

- podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą. Jednocześnie zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń nieprawdy lub zatajenie prawdy;
- zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy;
- zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w toku realizacji projektu
- zostałem/am poinformowany/a, że projekt pn. „Asystencja – ja też mogę” – jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027);
- zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Asystencja – ja też mogę” i akceptuję wszystkie jego zapisy i postanowienia;
- zobowiązuję się do uczestnictwa w monitoringu i ewaluacji projektu, w szczególności do wypełnienia niezbędnych ankiet i formularzy.

..... (miejsowość, data)

..... (czytelny podpis Uczestnika/czki projektu lub opiekuna prawnego)