**Załącznik nr 1.4** do wniosku o wypożyczenie sprzętu pielęgnacyjnego, wspomagającego i rehabilitacyjnego

Stowarzyszenie „Nasza Gmina”

Dulcza Mała 40

39-310 Radomyśl Wieli

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Wypełnia osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

|  |
| --- |
| 1. **DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU – OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

**(wypełniamy drukowanymi literami / znak „X” we właściwej kratce)** |
| Dane uczestnika | Imię i nazwisko |  |
| Płeć |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie | *brak* ❑*podstawowe* ❑*gimnazjalne* ❑ | *ponadgimnazjalne* ❑ *pomaturalne* ❑*wyższe* ❑ |
| Dane kontaktowe | Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość  |  |
| Kod pocztowy, poczta |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| *Obszar miejski* ❑ | *Obszar wiejski* ❑*(gminy wiejskie, wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)*  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| Adres poczty e-mail |  |
| **DANE DODATKOWE:** |
| Status uczestnika | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Osoba z niepełnosprawnościami | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | *tak* ❑ *nie* ❑ |

Wypełnia opiekun osoby potrzebującej wsparcia

|  |
| --- |
| 1. **DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU – OPIEKUNA OSOBY POTRZEBUJĄCEJ WSPARCIA**

**(wypełniamy drukowanymi literami / znak „X” we właściwej kratce)** |
| Dane uczestnika | Imię i nazwisko |  |
| Płeć |  |
| Data urodzenia |  |
| Miejsce urodzenia |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| PESEL |  |
| Wykształcenie | *brak* ❑*podstawowe* ❑*gimnazjalne* ❑ | *ponadgimnazjalne* ❑ *pomaturalne* ❑*wyższe* ❑ |
| Dane kontaktowe | Ulica |  |
| Nr domu |  |
| Nr lokalu |  |
| Miejscowość  |  |
| Kod pocztowy, poczta |  |
| Powiat |  |
| Województwo |  |
| *Obszar miejski* ❑ | *Obszar wiejski* ❑*(gminy wiejskie, wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)*  |
| Tel. stacjonarny/komórkowy |  |
| Adres poczty e-mail |  |
| **DANE DODATKOWE:** |
| Status uczestnika | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Osoba z niepełnosprawnościami | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Osoba posiada status opiekuna faktycznego | *tak* ❑ *nie* ❑ |
| Osoba, którą się opiekuję jest niepełnosprawna w stopniu: | ❑ brak❑ lekkim❑ umiarkowanym❑ znacznym❑ niepełnosprawność sprzężona, zaburzenia psychiczne, niepełnosprawność intelektualna, całościowe zaburzenia rozwojowe |
| Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:1. „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”,
2. „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Stowarzyszenie „Nasza Gmina”,
3. „Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem projektu i rekrutacji oraz „Regulaminem organizacyjnym działalności wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, wspomagającego i rehabilitacyjnego” i akceptuję ich warunki oraz wyrażam gotowość podpisania deklaracji uczestnictwa w ramach projektu”,
4. „Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu „Wsparcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów w dostępie do specjalistycznego sprzętu i szkoleń” (ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 922 zez zm.). Jest mi znane prawo dostępu do moich danych osobowych i ich modyfikacji”,
5. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Wsparcie osób niesamodzielnych i ich opiekunów w dostępie do specjalistycznego sprzętu i szkoleń” ze środków NIW – Centrum Rozwoju Społeczeństwa Obywatelskiego w ramach RPFIO NOWEFIO na lata 2021-2030
6. Jestem świadomy/a, że złożenie Kwestionariusza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.
 |
| ………………………………………………..……………… ………………………………………………..………………  Data i podpis osoby przyjmującej Data i własnoręczny podpis  Uczestnika Projektu (os. PW) ………………………………………………..……………… Data i własnoręczny podpis  Uczestnika Projektu (opiek. os. PW) |