**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) | | | | |