**ANKIETA ZGŁOSZENIOWA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Projekt „Klub Seniora w Gminie Jasienica”,** nr FESL.07.04-IZ.01-054E/23  realizowany przez **Instytut Terapii I Usług Społecznych Sp. z o. o.**  wraz z Partnerem: Gminą Jasienica | | | | | | |
| **numer identyfikacyjny** | |  | | | | |
| **data wpływu** | |  | | | | |
| **imię** | |  | | | | |
| **nazwisko** | |  | | | | |
| **płeć** | | [ ] kobieta  [ ] mężczyzna | | | | |
| **data urodzenia** | | \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ (DD-MM-RRRR) | | | | |
| **obywatelstwo** | | [ ] obywatelstwo polskie  [ ] brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE  [ ] brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec | | | | |
| **PESEL** | |  | | brak PESEL  - inny identyfikator | | |
| **kraj** | |  | | | | |
| **województwo** | |  | | | | |
| **powiat** | |  | | | | |
| **gmina** | |  | | | | |
| **miejscowość** | |  | | | | |
| **kod pocztowy** | |  | | | | |
| **ulica, numer** | |  | | | | |
| **numer telefonu** | |  | | | | |
| **adres e-mail** | |  | | | | |
| **osoba obcego pochodzenia** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | |
| Osoby obcego pochodzenia to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów. | | | | | | |
| **osoba państwa trzeciego** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | |
| Osoby, które są obywatelami krajów spoza UE. Do wskaźnika wlicza się też bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r.  i osoby bez ustalonego obywatelstwa. | | | | | | |
| **osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE**  **[ ] ODMOWA ODPOWIEDZI** | |
| Osoby, które są obywatelami krajów spoza UE. Do wskaźnika wlicza się też bezpaństwowców zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r.  i osoby bez ustalonego obywatelstwa. | | | | | | |
| **osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem**  **z dostępu do mieszkań** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** | |
| Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego oraz ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:  1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej  lub zakwaterowane interwencyjnie;  2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);  3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół,  tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;  4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;  5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów  o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały  w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. | | | | | | |
| **osoba z niepełnosprawnościami** | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE**  **[ ] ODMOWA ODPOWIEDZI** | |
| Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby niepełnosprawne  w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem  lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. | | | | | | |
| **osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. Jest to osoba, podlegająca wykluczeniu społecznemu, która ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym  **Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika/uczestniczki jest kwestionariusz oceny funkcjonowania (przeprowadzonej według wybranej przez beneficjanta metody) lub zaświadczenie od lekarza, lub odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia.** | | | | | | |
| **Opiekun faktyczny/opiekunka faktyczna osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika/uczestniczki jest dokument wystawiony przez odpowiedniego specjalistę potwierdzający zasadność udzielenia wsparcia (np. pracownik socjalny albo psycholog albo inny specjalista).** | | | | | | |
| **osoba zamieszkująca samotnie** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **osoba korzystająca z programu FE PŻ** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika/uczestniczki jest dokument wystawiony przez Ośrodek Pomocy Społecznej (OPS)  lub przez organizację partnerską wydającą żywność.** | | | | | | |
| **osoba z niepełnosprawnością** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Osoba z niepełnosprawnością** – osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu wytycznych ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021–2027 lub uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym posiadający orzeczenie  o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży są wydawane przez zespół orzekający działający  w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej.  **Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika/uczestniczki  są następujące dokumenty np.: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, orzeczenie o niezdolności do pracy, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.), w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.** | | | | | | |
| **osoba wykluczona komunikacyjnie**  **lub transportowo** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Wykluczenie komunikacyjne lub transportowe** – to pozbawienie możliwości korzystania z transportu publicznego mieszkańców danego obszaru. Dotyczy nie tylko dostępu do dróg, kolei, chodników i ścieżek rowerowych ale również trudności w zdobyciu informacji o połączeniu bądź niedostatecznej dystrybucji biletów. Szczegółowe informacje dotyczące obszarów wykluczenia  dla województwa śląskiego znajdziesz w Dokumencie Analiza dostępności komunikacyjnej na terenie województwa śląskiego dostępnym na stronie [www.itiusbb.pl](http://www.itiusbb.pl) w zakładce projektu. **Potwierdzeniem kwalifikowalności uczestnika/uczestniczki jest: oświadczenie uczestnika o miejscu zamieszkania na terenie gminy, w której występują problemy z dostępnością komunikacyjną, zgodnie z tabelami nr 1 i 2 wskazanymi w dokumencie: „Analiza dostępności komunikacyjnej na terenie województwa śląskiego” tj. Gminy Jasienica.**  **Zaznaczając TAK w niniejszej sekcji składasz oświadczenie, o którym mowa powyżej.** | | | | | | |
| **SPECJALNE POTRZEBY** | | | | | | |
| **Dostosowanie przestrzeni w związku  z niepełnosprawnością ruchową** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK podaj szczegóły |  | | | | | |
| **Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| **Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK  podaj szczegóły |  | | | | | |
| **Zapewnienie tłumacza języka migowego** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK  podaj szczegóły |  | | | | | |
| **Inne specjalne potrzeby** | | | | | | **[ ] TAK [ ] NIE** |
| Jeżeli TAK  podaj szczegóły |  | | | | | |
| **Dodatkowe informacje** |  | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA** | | | | | | |
| Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności. | | | | | | |
| Potwierdzam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana,  że projekt **„Klub Seniora w Gminie Jasienica”** jest dofinansowany przez Unię Europejską w ramach programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny Plus). | | | | | | |
| Zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie  **„Klub Seniora w Gminie Jasienica”** i zobowiązuje się do jego przestrzegania. | | | | | | |
| Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dotyczącą Przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych – Zarząd Województwa Śląskiego pełniącego rolę Instytucji Zarządzającej programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (IZ FE SL) | | | | | | |
| Zapoznałem/zapoznałam się z klauzulą informacyjną dot. Przetwarzania danych osobowych przez Administratora danych osobowych – Realizatora projektu. | | | | | | |
| W ciągu 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji, potwierdzone stosownym dokumentem. | | | | | | |
| Oświadczam, że dostarczę dokumenty dotyczące mojej sytuacji finansowej, celem ustalenia ewentualnej odpłatności zgodnie z ustawą o pomocy społecznej oraz Uchwałą Rady Gminy Jasienica dotyczącej odpłatności za usługi (nie dotyczy opiekunów faktycznych). | | | | | | |
| **data** | | | **podpis kandydata/kandydatki  lub przedstawiciela ustawowego** | | | |
|  | | |  | | | |