



**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY  
do projektu „Rodzina centrum życia”**

nr FEWM.09.08-IZ.00-0006/25 realizowanego w ramach  
programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027,  
Priorytet 9: Włączenie i integracja EFS+,  
Działanie 9.8: Usługi społeczne na rzecz rodzin i osób w  
kryzysie bezdomności – ZIT (SCHEMAT B- ZIT MOF Ełku)

**UWAGA! Przed rozpoczęciem wypełniania formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie: „Rodzina centrum życia”. Formularz należy wypełnić w sposób czytelny. Przyjmowane będą jedynie kompletnie i poprawnie wypełnione formularze.**

1. DANE PERSONALNE KANDYDATA/TKI:											
Imię											
Nazwisko											
Telefon kontaktowy											
Adres e-mail											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
2. ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA/TKI (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego):											
Województwo											
Powiat					Gmina						
Miejscowość					Kod pocztowy						
Ulica											
Nr budynku					Nr lokalu						



<b>3. SZCZEGÓLNA SYTUACJA KANDYDATA/TKI:</b>	
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba w kryzysie bezdomności/zagrożona bezdomnością	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> LEKKI
	<input type="checkbox"/> UMIARKOWANY
	<input type="checkbox"/> ZNACZNY
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną/z zaburzeniami psychicznymi/z niepełnosprawnością intelektualną/z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba korzystająca z FE PŻ	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
Powód zgłoszenia	<input type="checkbox"/> Zagrożenie wykluczeniem społecznym z powodu (zaznaczyć kółkiem): 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) trudności w przystosowaniu do życia



	<p>po zwolnieniu z zakładu karnego; 11) alkoholizmu lub narkomanii; 12) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 13) klęski żywiołowej lub ekologicznej.</p>
	<input type="checkbox"/> Rodzina problemowa
	<input type="checkbox"/> Rodzina z trudnościami opiekuńczo-wychowawczymi
	<input type="checkbox"/> Rodzina zagrożona odebraniem dzieci lub dzieci przebywają w pieczy zastępczej
	<input type="checkbox"/> Rodzina wielodzietna (minimum 3 dzieci)
	<input type="checkbox"/> Rodzina niepełna
<b>4. WYKSZTAŁCENIE KANDYDATA/TKI:</b>	
<b>Wykształcenie</b>  <i>(należy wybrać najwyższe ukończone)</i>	<input type="checkbox"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia)
	<input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)
	<input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)
	<input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)
	<input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)
	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. osoby, które uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora)
<b>5. STATUS KANDYDATA/-KI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać <u>jedną</u> odpowiedź):</b>	
<input type="checkbox"/> <u>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</u> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> <u>Osoba bierna zawodowo, w tym:</u> <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> <u>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:</u> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> <u>Osoba pracująca, w tym:</u> <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> w mikro, małym lub średn. Przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> rolnik



	<input type="checkbox"/> inne
<b>WYKONYWANY ZAWÓD</b> (należy wpisać –_w przypadku <u>osoby pracującej</u> ):	
.....	
<b>ZATRUDNIONY W</b> (należy wpisać w przypadku <u>osoby pracującej</u> ):	
Nazwa instytucji/ przedsiębiorstwa w którym jestem zatrudniony/a:	
.....	

<b>OŚWIADCZAM, ŻE:</b>	
Jestem osobą, która mieszka na terenie MOF EŁK – Miasto Ełk	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą, która korzysta ze świadczeń MOPS w Ełku lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> NIE
<b>USŁUGI DOSTĘPowe:</b>	
<b>Co moglibyśmy jeszcze zrobić, żeby Pan/Pani czuł/a się u nas komfortowo? Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:</b>	
<input type="checkbox"/> tłumacz PJM <input type="checkbox"/> tłumacz SJM <input type="checkbox"/> tłumacz SKOGN <input type="checkbox"/> pętla indukcyjna <input type="checkbox"/> powiększony tekst <input type="checkbox"/> wsparcie asystenta <input type="checkbox"/> stanowisko dla psa przewodnika, w tym miska na wodę <input type="checkbox"/> preferowana forma kontaktu: <input type="checkbox"/> telefon <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> sms <input type="checkbox"/> inne ..... .....	



**Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do od 6 miesięcy do 8 lat OŚWIADCZAM, że:**

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „Rodzina centrum życia” i spełniam łącznie wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa;
2. zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego (niepełnosprawności lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej);
3. zostałem/-am poinformowany/a, że Projekt „Rodzina centrum życia” realizowany przez Fundację serce dla serca w Partnerstwie z Miastem Ełk jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie Warmii i Mazur na lata 2021-2027;
4. zostałem(-am)\* poinformowany(-a), że udział w projekcie jest bezpłatny i wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie i procesie rekrutacji;
5. zostałem(-am)\* poinformowany(-a)\*, jakie formy pomocy obejmuje ścieżka uczestnictwa w projekcie;
6. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe;
7. zobowiązuję się do niezwłocznego informowania o zmianach danych osobowych, kontaktowych i innych danych przedstawionych na dokumentach zgłoszeniowych do Projektu oraz o wszystkich zdarzeniach mogących zakłócić jego dalszy udział w Projekcie;
8. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego do Beneficjenta lub Partnera tj.: Fundacji serce dla serca lub Miasta Ełk;
9. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję niezwłocznie o tym zdarzeniu Fundację serce dla serca – Beneficjenta Projektu.
10. wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „Rodzina” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2019 poz. 1781, z późn. zm.).
11. wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku w związku z realizacją Projektu;
12. zobowiązuję się do wypełniania ankiet ewaluacyjnych i monitoringowych (w trakcie i po zakończeniu projektu), testów psychologicznych i innych dokumentów niezbędnych do prawidłowej realizacji Projektu;
13. zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, na które zostaną zakwalifikowany i potwierdzania uczestnictwa w wybranych formach wsparcia swoim podpisem na listach obecności i innych dokumentach stosowanych w Projekcie.

.....  
*Data złożenia formularza rekrutacyjnego*

.....  
*Czytelny podpis Kandydata/ki\**

\* W przypadku uczestnika niepełnoletniego w jego imieniu formularz zgłoszeniowy wypełnia i podpisuje rodzic/opiekun prawny



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską

