



**Załącznik nr 1** do „Regulaminu rekrutacji i udziału w Klubie Seniora prowadzonym w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia”

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

do udziału w Klubie Seniora prowadzonym w ramach projektu „Pogodna Jesień Życia”.

|                                                                                                                               |                |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------------------|
| <b>Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego do udziału w Klubie Seniora (wypełnia kadra projektu)</b>                 |                |                           |
| <b>Data wpływu formularza zgłoszeniowego</b>                                                                                  | <b>Godzina</b> | <b>Numer rekrutacyjny</b> |
|                                                                                                                               |                |                           |
| Potwierdzam weryfikację tożsamości/ wieku/obywatelstwa Kandydatki/Kandydata na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości |                |                           |
| .....<br>podpis osoby przyjmującej formularz                                                                                  |                |                           |

**I CZĘŚĆ – DANE KANDYDATKI/KANDYDATA** (wypełnić czytelnie w języku polskim, w miejscach wyboru zaznaczyć X)

|                                                |                                                                        |                                                           |  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--|
| <b>I. PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE</b> |                                                                        |                                                           |  |
| <b>Imię:</b>                                   |                                                                        | <b>Nazwisko:</b>                                          |  |
|                                                |                                                                        |                                                           |  |
| <b>Płeć:</b><br>(zaznacz „X”)                  | <input type="checkbox"/> Kobieta<br><input type="checkbox"/> Mężczyzna | <b>Wiek</b> (w chwili złożenia formularza zgłoszeniowego) |  |
| <b>Data urodzenia:</b>                         |                                                                        | <b>Miejsce urodzenia:</b>                                 |  |
| <b>PESEL:</b>                                  |                                                                        | <input type="checkbox"/> Brak PESEL                       |  |
| <b>Obywatelstwo:</b>                           |                                                                        |                                                           |  |
| <b>Numer telefonu:</b>                         |                                                                        |                                                           |  |
| <b>E-mail:</b>                                 |                                                                        |                                                           |  |

**II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

|                      |  |                              |  |
|----------------------|--|------------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>  |  | <b>Powiat:</b>               |  |
| <b>Gmina:</b>        |  | <b>Miejscowość:</b>          |  |
| <b>Ulica:</b>        |  | <b>Numer budynku/lokalu:</b> |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  | <b>Poczta:</b>               |  |
| <b>Kraj:</b>         |  |                              |  |

**III. ADRES DO KORESPONDENCJI** (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):

|                      |  |                              |  |
|----------------------|--|------------------------------|--|
| <b>Województwo:</b>  |  | <b>Powiat:</b>               |  |
| <b>Gmina:</b>        |  | <b>Miejscowość:</b>          |  |
| <b>Ulica:</b>        |  | <b>Numer budynku/lokalu:</b> |  |
| <b>Kod pocztowy:</b> |  | <b>Poczta:</b>               |  |

**IV. WYKSZTAŁCENIE** (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)

☐ **średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)**

(przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)

☐ **ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)**

(osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)

☐ **wyższe (ISCED 5-8)**

(osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)

**V. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)

**OSOBA BEZROBOTNA W TYM:**

- osoba długotrwale bezrobotna (w okresie dłuższym niż 12 miesięcy)

- inne

**OSOBA BIERNA ZAWODOWO, W TYM:**



|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| - osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |  |
| - osoba ucząca się/odbywająca kształcenie            |  |
| - inne                                               |  |

**OSOBA PRACUJĄCA, W TYM:**

|                                                                                                                        |                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek                                               | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)    |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej                                                      | <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni                                                    |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym                                         |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej                                                    | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym                                        |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)                         | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie                                                     | <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym                         |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą                                 | <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki  |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)                    | <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej                             |
| <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)                 | <input type="checkbox"/> Inne                                                                          |

**VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOT. KANDYDATKI/ KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)**

|                                                                                           |                              |                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Osoba z niepełnosprawnością                                                            | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 2. Obywatel państwa trzeciego                                                             | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE                                                       |
| 3. Osoba obcego pochodzenia                                                               | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE                                                       |
| 4. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| 5. Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań          | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE                                                       |

**II CZĘŚĆ – KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE**

**VII. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE** (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA)

**Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że:**

|                                                                                                                                                   |                              |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Jestem osobą zamieszkującą/uczącą się/pracującą na obszarze miasta Łodzi.                                                                      | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (oświadczenie weryfikowane na podstawie oceny funkcjonowania wg skali Barthel). | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| 3. Jestem osobą w wieku powyżej 60 roku życia.                                                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

**VIII. KRYTERIA PREMIUJĄCE** (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria)

**Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem:**

|                                                                                                                                                          |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Kobietą                                                                                                                                                  |  |
| Osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)          |  |
| Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)                                 |  |
| Osobą z niepełnosprawnością intelektualną (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)                             |  |
| Osobą z chorobami psychicznymi (należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie)                                                                               |  |
| Osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju rozumianymi zgodnie z ICD10 (należy przedłożyć orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności) |  |
| Osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (należy przedłożyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej)                    |  |
| Osobą samotnie zamieszkującą                                                                                                                             |  |

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata



### **III CZĘŚĆ – INFORMACJE O OPIEKUNIE FAKTYCZNYM** (należy wypełnić, jeśli posiada Pani/Pan opiekuna faktycznego)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że moim opiekunem faktycznym jest Pani/ Pan:

.....,  
której/ którego oświadczenie załączam do niniejszego formularza.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata

#### **Załącznik do formularza zgłoszeniowego:**

1. Deklaracja uczestnictwa
2. Oświadczenie opiekuna faktycznego (jeśli dotyczy)
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
4. Zaświadczenie lekarskie (jeśli dotyczy)
5. Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu z FE PŻ (jeśli dotyczy)

#### **Pouczenie:**

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z §233 Kodeksu Karnego