



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”.

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

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

I. PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE			
Imię:		Nazwisko:	
Płeć: (zaznacz „X”)	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna	Wiek (w chwili złożenia formularza zgłoszeniowego)	
Data urodzenia:		Miejsce urodzenia:	
PESEL:		☐ Brak PESEL	
Obywatelstwo:			
Numer telefonu:			
E-mail:			

**II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

Województwo:		Powiat:	
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica:		Numer budynku/lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	
Kraj:			

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

Województwo:		Powiat:	
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica:		Numer budynku/lokalu:	
Kod pocztowy:		Poczta:	

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 BIERNĄ ZAWODOWO, W TYM:



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

OSOBA PRACUJĄCA, W TYM:

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

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

1. Osoba z niepełnosprawnością	☐ TAK	☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Obywatel państwa trzeciego	☐ TAK	☐ NIE
3. Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE
4. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	☐ TAK	☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5. Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ 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.	☐ TAK	☐ NIE
2. Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (oświadczenie weryfikowane na podstawie oceny funkcjonowania wg skali Barthel).	☐ TAK	☐ NIE
3. Jestem osobą w wieku powyżej 60 roku życia.	☐ TAK	☐ 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, orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności)	
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	



III CZĘŚĆ – SZCZEGÓLNE POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI

Jakie udogodnienia sprawiłyby, że uczestnictwo w Klubie Seniora byłoby dla Pana/Pani bardziej komfortowe? (Proszę zaznaczyć właściwe pola X)	
Dostępność architektoniczna w siedzibie Klubu: winda	
Dostępność pętli indukcyjnej	
Inne (proszę napisać jakie?)	

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata

IV 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:



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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