

Nr wniosku/ formularza rekrutacyjnego: *(wypełnia PSONI)*

WNIOSEK

**o przyznanie pomocy w formie pobytu w Mieszkanium treningowym prowadzonym przez PSONI – Koło w Rymanowie/
formularz rekrutacyjny dla kandydatów do udziału w projekcie
pt. „Mieszkania treningowe - szansą na samodzielność -2”**

Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole znaku: X

1	Imię i Nazwisko											
2	PESEL											
3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
4	Adres zamieszkania	Województwo										
		Powiat										
		Gmina										
		Kod pocztowy										
		Miejscowość										
		Ulica										
		Nr domu										
5	Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy										
		Adres e-mailowy <i>(jeżeli uczestnik projektu posiada)</i>										
8	Jestem uczestnikiem WTZ, ZAZ, SDS, OREW										<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	jeżeli zaznaczono TAK to proszę wskazać miejscowość, w której znajduje się placówka										

Ja niżej podpisany/a pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że:

9	nie mam przeciwwskazań lekarskich do skorzystania ze wsparcia w postaci treningów mieszkalnictwa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie lekarskie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	oraz opinię psychologa (jeżeli dotyczy)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10	posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam kserokopię orzeczenie),	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	jeżeli tak to jest to niepełnosprawność w stopniu:	<input type="checkbox"/> UMIARKOWANYM <input type="checkbox"/> ZNACZNYM
	informacje na temat niepełnosprawności/rodzaj	<input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością sprzężoną <input type="checkbox"/> osoba z zaburzeniami psychicznymi <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnością intelektualną <input type="checkbox"/> osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <input type="checkbox"/> inny:
	symbol przyczyny niepełnosprawności:
	data ważności orzeczenia:
11	jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam oświadczenie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 4 lub zaświadczenie z GOPS),	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12	korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam oświadczenie wg wzoru stanowiącego załącznik nr 5 lub zaświadczenie GOPS/ MOPS),	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
13	dochód miesięczny* (netto) na 1 osobę w rodzinie w miesiącu poprzedzającym złożenie formularza. (sumę wszystkich dochodów w rodzinie netto należy podzielić przez liczbę osób w rodzinie). Proszę wybrać właściwy przedział kwotowy <i>*Do dochodu należy wliczyć: wynagrodzenie ze stosunku pracy, z działalności gospodarczej wykonywana osobiście (w tym umowy o dzieło i zlecenia), emerytury, renty, świadczenia rodzinne, zasiłki dla bezrobotnych, zasiłki z pomocy społecznej, alimenty, dochody z gospodarstwa rolnego oraz inne dochody.</i>	<input type="checkbox"/> <u>nie przekracza kwoty 750,00 zł</u>
		<input type="checkbox"/> przekracza 750,00 zł, ale <u>nie przekracza kwoty 1000,00 zł</u>
		<input type="checkbox"/> przekracza 1000,00 zł, ale <u>nie przekracza kwoty 1250,00 zł</u>
		<input type="checkbox"/> przekracza 1250,00 zł, ale <u>nie przekracza kwoty 1500,00 zł</u>
14	jestem uczestnikiem WTZ, ZAZ, SDS, OREW	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	jeżeli zaznaczono TAK to proszę wskazać miejscowość, w której znajduje się placówka
15	Motywacja do udziału w Projekcie – uzasadnienie (proszę wybrać właściwą odpowiedź lub/ i uzupełnić wolne miejsce)	
	Mój udział w Projekcie:	
	<input type="checkbox"/> pomoże w integracji z otoczeniem,	<input type="checkbox"/> nauczy/pokaże jak prawidłowo organizować czas wolny,
	<input type="checkbox"/> wpłynie pozytywnie na rozwój kultury osobistej,	<input type="checkbox"/> rozwinie/ukształtuje zainteresowania i uzdolnienia
	<input type="checkbox"/> nauczy jak działać w zespole/grupie,	<input type="checkbox"/> rozwinie/ukształtuje umiejętności komunikacyjne,
<input type="checkbox"/> rozbudzi umiejętności w zakresie	<input type="checkbox"/> nauczy jak współpracować z różnego rodzaju	

na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Intelktualna – Koło w Rymanowie i podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będą z tego tytułu wnosili żadnych roszczeń,

- 6) zgoda, o której mowa w pkt 4 i 5 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: w plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje na stronie <http://www.psoni-rymanow.org/> w gazetach i w Internecie itp. Wykorzystanie tych zdjęć i filmów nie może stanowić naruszenia moich dóbr osobistych.
- 7) zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VIII; Działanie 8.3. „Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych”.

Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na ich przetwarzanie i bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

W przypadku zakwalifikowania do Projektu oświadczam, że najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:

- 1) podpiszę umowę/ kontrakt uczestnictwa w Projekcie zgodnie z załącznikiem nr 9 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie
- 2) dostarczę podpisany formularz danych osobowych wraz z deklaracją udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 6 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
- 3) dostarczę podpisane oświadczenie Uczestnika Projektu dotyczące wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych i udostępnianie wizerunku zgodnie z załącznikiem nr 8 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie,
- 4) dostarczę podpisane zobowiązanie rodziny/ opiekunów do współpracy w zakresie zorganizowania transportu (jeżeli dotyczy), zgodnie z załącznikiem nr 10 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.

Lp.	Wykaz załączników:	TAK	NIE
1.	Załącznik nr 2 - Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udziału w Projekcie w przypadku osób chorujących psychicznie lub niesprawnych intelektualnie wydane przez lekarza prowadzącego, w tym lekarza rodzinnego.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Załącznik nr 2 - Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udziału w Projekcie w przypadku w przypadku niepełnosprawności sprzężonych i występowania chorób współistniejących wydane przez lekarza specjalistę.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Załącznik nr 3 - Opinia psychologa o kandydacie w przypadku w przypadku niepełnosprawności sprzężonych i występowania chorób współistniejących.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Załącznik nr 4 - Oświadczenie lub zaświadczenie z OPS o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia społecznego .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Załącznik nr 5 - Oświadczenie lub zaświadczenie z OPS o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy Kandydat/tka jest osobą ubezwłasnowolnioną ?

TAK

NIE

jeżeli tak to jest to ubezwłasnowolnienie:

CZEŚCIOWE

CAŁOŚCIOWE

.....
Data

.....
Podpis osoby składającej formularz - Kandydata/iki do Projektu

.....
Data

.....
*Czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku,
gdy Kandydat/tka do projektu jest osobą ubezwłasnowolnioną*

.....
Data

.....
Podpis osoby przyjmującej i sprawdzającej formularz