# FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

| **NAZWA BENEFICJENTA:** |
|---|
| Gmina Miłosław |
| **TYTUŁ PROJEKTU:** |
| Akademia Seniora |
| **NR PROJEKTU:** |
| FEWP.09.06-IZ.00-0055/25 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **RODZAJ UCZESTNIKA** | INDYWIDUALNY | | PRACOWNIK LUB PRZEDSTAWICIEL INSTYTUCJI/PODMIOTU | |
| **NAZWA PODMIOTU** (jeśli zaznaczono pole pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu) | | | | |

| **DANE UCZESTNIKA** | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **IMIĘ** | | | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** | | | | | | | | | | | |
| **PESEL/INNY IDENTYFIKATOR** | | | | | | | | | | | |
| **PŁEĆ** | **MĘŻCZYZNA** | | | **KOBIETA** | | | **WIEK** (w chwili przystąpienia do projektu) | | | | |
| **DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY** (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie) | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** | | | | | | | | | | | |
| **NAZWISKO** | | | | | | | | | | | |

| **DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA** | |
|---|---|
| WOJEWÓDZTWO | |
| POWIAT | |
| GMINA | |
| MIEJSCOWOŚĆ | |
| ULICA | |
| NR BUDYNKU | |
| NR LOKALU | |

| DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA | |
|---|---|
| KOD POCZTOWY | |
| TELEFON KONTAKTOWY | |
| ADRES E-MAIL | |

| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **OSOBA OBCEGO POCHODZENIA**<br>tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów | TAK | | NIE | | | |
| **OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO**<br>tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec | TAK | | NIE | | | |
| **OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ**<br>mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska;<br>mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska;<br>społeczności marginalizowane: Romowie | TAK | | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | NIE | |
| **OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ**<br>1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;<br>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);<br>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;<br>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;<br>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. | TAK | | NIE | | | |

| STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | |
| **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**<br>Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. 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.<br>Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. | TAK | | ODMOWA PODANIA INFORMACJI | | NIE | |

## SPECJALNE POTRZEBY W KONTEKŚCIE DOSTĘPNOŚCI DO USŁUGI

| **Czy posiada Pan/Pani (lub dziecko) specjalne potrzeby w kontekście dostępności do usługi?** | | |
|---|---|---|
| ☐ TAK | ☐ NIE | ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| *Zgodnie ze Standardami dostępności dla polityki spójności 2021 – 2027, stanowiącymi załącznik nr 2 do Wytycznych dotyczących realizacji zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021 – 2027.* | | |
| **Proszę wskazać usługę, z której uczestnik chce skorzystać:** | | |
| ☐ tłumacz polskiego języka migowego (PJM), | | |
| ☐ asystent osoby z niepełnosprawnością, | | |
| ☐ dostosowanie architektoniczne (np. brak barier, podjazd, winda), | | |
| ☐ dostosowanie materiałów ( np. duża czcionka, wersja elektroniczna, ETR), | | |
| ☐ dostosowanie komunikacji (np. wsparcie indywidualne, wydłużony czas), | | |
| ☐ sala/pomieszczenie dostosowane do potrzeb, | | |
| ☐ inne – jakie?<br>……<br>……<br>…… | | |

…… ……

Data **Czytelny podpis** uczestnika projektu lub rodzica/opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)