**Załącznik nr 1**

**Tytuł projektu**: Opieka wytchnieniowa dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów faktycznych
**Nr projektu:** RPSW.09.02.02-26-0001/19-00

Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego 2014-2020 Europejski Fundusz Społeczny,

Osi priorytetowej: RPSW.09.00.00 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem
**Numer i nazwa działania:** RPSW.09.02.00 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych
**Numer i nazwa poddziałania:** RPSW.09.02.02. Rozwój wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych- ZIT (projekty konkursowe)

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

1. **Wypełnia Uczestnik Projektu *(****prosimy o wypełnianie drukowanymi literami****)***

|  |  |
| --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwa*** |
| 1. | Kraj |
| 2. | Rodzaj uczestnika *(zaznacz znakiem „x”)** osoba niepełnosprawna
* opiekun faktyczny
 |
| 3. | Imię |
| 4. | Nazwisko |
| 5. | PESEL |
| 6. | Płeć |
| 7. | Wiek w chwili przystępowania do projektu |
| 8. | Wykształcenie |
| 9. | Województwo |
| 10. | Powiat |
| 11. | Gmina |
| 12. | Miejscowość |
| 13. | Ulica |
| 14. | Nr budynku |
| 15. | Nr lokalu |
| 16. | Kod pocztowy |
| 17. | Telefon kontaktowy |
| 18. | Adres e-mail |
| 19. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |
| 20. | Data zakończenia udziału w projekcie |
| 21. | Osoba z niepełnosprawnościami *(zaznacz znakiem „x”)** Tak
* Nie

Jeśli zaznaczono „TAK”. Stopień niepełnosprawności *(zaznacz znakiem „x”)*:* LEKKI
* UMIARKOWANY
* ZNACZNY
 |
| 22. | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej  |

1. **Wypełnia pracownik biura**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.** | Rodzaj przyznanego wsparcia:----- |
| **2.** | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |
| **3.** | Data zakończenia udziału we wsparciu  |
| **4.** | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA): |
| **5.** | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa: |
| **6.** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia: |

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Opieka wytchnieniowa dla osób niepełnosprawnych i ich opiekunów faktycznych z województwa świętokrzyskiego”
i akceptuję jego treść.

2. Wszelkie podane w Formularzu zgłoszeniowym informacje są prawdziwe. W przypadku zakwalifikowania mnie do projektu, zobowiązuję się do bieżącej aktualizacji danych.

3. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w powyższym formularzu przez Realizatora dla potrzeb niezbędnych dla realizacji procesu rekrutacji, monitorowania i ewaluacji (w tym działań informacyjno-promocyjnych), zgodnie z *Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobistych*.

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z realizacją projektu.

…………………………………………………………………

podpis uczestnika projektu