**Załącznik nr 2 do Regulaminu**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ I ICH OPIEKUNÓW FAKTYCZNYCH**

**do projektu „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 2. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” nr FEDS.09.01-IP.02-0053/23**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia beneficjent:** | |
| **Nr identyfikacyjny:** |  |
| **Data wpływu:** |  |

**CZ. A INFORMACJĘ DOTYCZĄCE OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ:**

**I. Dane kandydata**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane kandydata** | Imię/Imiona |  | |
| Nazwisko |  | |
| PESEL |  | |
| Płeć |  | |
| Obywatelstwo |  | |
| Wykształcenie | * Niższe niż podstawowe (ISCED 0), * Podstawowe sześcioletnie (ISCED 1), * Podstawowe ośmioletnie (ISCED 2), * Gimnazjalne (ISCED 2), * Ponadgimnazjalne/średnie (ISCED 3), * Policealne (ISCED 4), * Wyższe (ISCED 5-8). | |
| **Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe** | Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Ulica |  | |
| Nr budynku |  | |
| Nr lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |
| **Status osoby**  **na rynku pracy** | 1. Osoba bezrobotna: | * Tak | * Nie |
| * + 1. w tym osoba zarejestrowana w PUP | * Tak | * Nie |
| * + 1. w tym osoba długotrwale bezrobotna | * Tak | * Nie |
|  | 1. Osoba bierna zawodowo | * Tak | * Nie |
|  | * + 1. w tym osoba ucząca się | * Tak | * Nie |
|  | * + 1. w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu | * Tak | * Nie |
|  | 1. Osoba pracująca | * Tak | * Nie |

**II. Dodatkowe danej kontaktowe do osoby/osób/rodziny (otoczenia uczestnika/uczestniczki projektu) do kontaktów roboczych w sprawie udzielanego wsparcia na rzecz osoby aplikującej o przystąpienie do projektu *(jeśli dotyczy)***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dodatkowe dane kontaktowe** | Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

1. **Informacja o niepełnosprawności oraz kryteriach premiujących**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnością** | * Tak | * Nie |
| **Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | * Tak | * Nie |
| **Jestem osobą o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** | * Tak | * Nie |
| **Należę do przynajmniej jednej z poniższych grup:**  **-osoby o znacznym lub głębokim stopniu niepełnosprawności**  **-osoby z niepełnosprawnością sprzężoną**  **-osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** | * Tak | * Nie |
| **Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o których mowa w ustawie o pomocy społecznej** (tj. dla osoby samotnej 1164,00 zł, dla rodziny – 900,00 zł na osobę w rodzinie) | * Tak | * Nie |
| **Liczba osób pracujących w gospodarstwie domowym**  (proszę wpisać liczbę) |  | |

1. **SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z POSIADANEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

Zapewniamy dostępność do projektu dla wszystkich osób spełniających kryteria udziału w projekcie, niezależnie od stopnia i/lub rodzaju niepełnosprawności**. Jeżeli zakwalifikują się Państwo do projektu, to otrzymają Państwo wsparcie w postaci usług asystenta osobistego. Proszę, wskazać, czy jest coś jeszcze, co możemy zrobić, aby mógł/mogła Pan/Pani w pełni skorzystać z projektu** (np. tłumacz polskiego języka migowego (PJM); przygotowanie materiałów wydrukowanych większą czcionką niż standardowa, zapewnienie warunków dla psa asystującego i inne):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Szczególne potrzeby można zgłaszać również telefonicznie oraz mailowo, a także na bieżąco w trakcie trwania udziału w projekcie na każdym jego etapie.

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu projektu wraz z załącznikami „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 2. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” oraz w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną WUP we Wrocławiu- Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027 (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) ora Klauzulą Informacyjną Beneficjenta (stanowiącą załącznik nr 4 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach w nich wskazanych.
4. Oświadczam, że zgodnie z wymogami ujętymi w Regulaminie rekrutacji i Regulaminie realizacji usług asystenckich w projekcie „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 2. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
5. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………………………… …………………………………………………………………

*Miejscowość, data podpis\**

\* W przypadku kandydatury osoby nieposiadających zdolności do czynności prawnych, posiadających ograniczoną zdolność do czynności prawnych lub osoby, której stan zdrowia nie pozwala na samodzielne i/lub świadome podpisanie formularza, formularz może zostać podpisany przez rodzica osoby niepełnoletniej, opiekuna prawnego lub inną osobę upoważnioną do składania oświadczeń woli w imieniu kandydata do projektu (np. pełnomocnik).

**CZ. B INFORMACJE DOTYCZĄCE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:**

*(Część wypełnia opiekun faktyczny osoby z niepełnosprawnością wymienionej w części A, Wypełnienie i podpisanie tej części jest równoznaczne ze zgłoszeniem chęci udziału w projekcie. Gdy do projektu zostanie zakwalifikowana osoba z niepełnosprawnością, automatycznie do projektu zostanie zakwalifikowany jej opiekun faktyczny wskazany w niniejszej części, o ile spełni warunki grupy docelowe. W sytuacji gdy dana osoba z niepełnosprawnością nie posiada opiekuna faktycznego lub opiekun ten nie może wziąć udziału w projekcie tę część należy pozostawić pustą)*

1. Dane opiekuna faktycznego:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane opiekuna faktycznego** | Imię/Imiona |  | |
| Nazwisko |  | |
| PESEL |  | |
| Płeć |  | |
| Obywatelstwo |  | |
| Wykształcenie\* | * Niższe niż podstawowe (ISCED 0), * Podstawowe sześcioletnie (ISCED 1), * Podstawowe ośmioletnie (ISCED 2), * Gimnazjalne (ISCED 2), * Ponadgimnazjalne/średnie (ISCED 3), * Policealne (ISCED 4), * Wyższe (ISCED 5-8). | |
| **Miejsce zamieszkania i dane kontaktowe** | Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Ulica |  | |
| Nr budynku |  | |
| Nr lokalu |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Telefon kontaktowy |  | |
| Adres e-mail |  | |
| **Status osoby**  **na rynku pracy** | 1. Osoba bezrobotna: | * Tak | * Nie |
| * + 1. w tym osoba zarejestrowana w PUP | * Tak | * Nie |
| * + 1. w tym osoba długotrwale bezrobotna | * Tak | * Nie |
|  | 1. Osoba bierna zawodowo | * Tak | * Nie |
|  | * + 1. w tym osoba ucząca się | * Tak | * Nie |
|  | * + 1. w tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu i szkoleniu | * Tak | * Nie |
|  | 1. Osoba pracująca | * Tak | * Nie |

1. **OŚWIADCZENIA**
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się treścią Regulaminu projektu wraz z załącznikami „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 2. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” oraz w pełni akceptuję wszystkie jego postanowienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną WUP we Wrocławiu - Instytucji Pośredniczącej Funduszami Europejskimi dla Dolnego Śląska 2021-2027 (stanowiącą załącznik nr 3 do Regulaminu) ora Klauzulą Informacyjną Beneficjenta (stanowiącą załącznik nr 4 do Regulaminu) i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach w nich wskazanych.
4. Oświadczam, że zgodnie z wymogami ujętymi w Regulaminie rekrutacji i Regulaminie realizacji usług asystenckich w projekcie „ASYSTENCI - LOKALNI SUPERBOHATEROWIE 2. Program wsparcia osób z niepełnosprawnościami i ich rodzin.” jestem uprawniony/a do uczestnictwa w projekcie.
5. Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym.

………………………………………………………………… …………………………………………………………………

*Miejscowość, data podpis opiekuna faktycznego*