



**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
**„KOMPLEKSOWE USŁUGI SPOŁECZNE W GMINIE SEROCK”**  
**KLUB SENIORA**  
**TELEOPIEKA\***

Dane uczestnika	<i>Imię i nazwisko</i>			
	<i>Płeć</i>			
	<i>Data urodzenia</i>			
	<i>Miejsce urodzenia</i>			
	<i>Wiek w chwili przystąpienia do projektu</i>			
	<i>PESEL</i>			
	<i>Nr dowodu osobistego</i>			
	<i>Stan cywilny</i>			
	<i>Wykształcenie</i>		brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/>	ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/>
	<i>Opieka nad dzieckiem do lat 7 lat lub osobą zależną</i>		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Adres zameldowania stałego	<i>Ulica</i>			
	<i>Nr domu</i>			
	<i>Nr lokalu</i>			
	<i>Miejscowość</i>			
	<i>Kod pocztowy, poczta</i>			
	<i>Powiat</i>			
	<i>Województwo</i>			
	<i>Obszar miejski <input type="checkbox"/></i>		<i>Obszar wiejski <input type="checkbox"/></i> (gminy wiejskie, wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)	
Dane kontaktowe	<i>Ulica, Nr domu, Nr lokalu</i>			
	<i>Kod pocztowy, poczta</i>			
	<b>Proszę o wypełnienie jeżeli dane te SĄ INNE niż w tabeli Adres zameldowania</b>			
	<i>Telefon stacjonarny</i>			
	<i>Telefon komórkowy</i>			
	<i>Adres poczty e-mail</i>			
Dane dodatkowe	<i>Korzystam z pomocy społecznej</i>		tak <input type="checkbox"/>	
	<i>rodzaj świadczenia.....</i>		nie <input type="checkbox"/>	
Dane dodatkowe	<i>Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa</i>		tak <input type="checkbox"/>	
			nie <input type="checkbox"/>	

\*) właściwe zaznaczyć

	<p><i>Mój miesięczny dochód (dochód na członka rodziny) nie przekracza kwoty 150% kryterium dochodowego w pomocy społecznej*</i></p> <p>*) 150% kryterium dochodowego wynosi: - 1 051,50 zł dla gospodarstwa jednoosobowego - 792,00 zł na osobę w rodzinie</p>	<p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p>
Status na rynku pracy	Jestem osobą nieaktywną zawodowo z powodu:	
	<i>osiągnięcia wieku emerytalnego</i>	<p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p>
	<p><i>orzeczenia o niepełnosprawności</i></p> <p>- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak – jaki stopień niepełnosprawności</p> <p>.....</p>	<p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p>
Stan zdrowia	<p><i>Jestem osobą niesamodzielną (zaznaczyć tylko w przypadku braku orzeczenia o niepełnosprawności)</i></p> <p>- w przypadku zaznaczenia odpowiedzi tak zaznaczyć odpowiedni kwadrat:</p> <p>- <i>posiadam zaświadczenie lekarskie</i></p> <p>- <i>oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną</i></p>	<p>tak <input type="checkbox"/></p> <p>nie <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:</p> <p>a) „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”</p> <p>b) „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Serocku,</p> <p>c) „Oświadczam, że zapoznałem/lam się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” i akceptuję jego warunki”,</p> <p>d) „wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu „Kompleksowe Usługi Społeczne w gminie Serock” zgodnie Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (DZ.U. UE.L 2016.119.1). Jest mi znane prawo dostępu do moich danych osobowych i ich modyfikacji”,</p> <p>e) Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Kompleksowe usługi społeczne w gminie Serock.” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,</p> <p>f) Jestem świadomy/a, że złożenie formularza rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.</p>		
<p>Data i podpis osoby przyjmującej oświadczenie</p>		<p>Data i własnoręczny podpis osoby składającej oświadczenie</p>