



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU:
„Rozwój usług społecznych w LOM w gminach Bychawa, Jabłonna, Konopnica”.**

Nazwa beneficjenta	Stowarzyszenie Lubelskiego Obszaru Metropolitalnego
Nazwa projektu	Rozwój usług społecznych w LOM w gminach Bychawa, Jabłonna, Konopnica
Numer projektu	FELU.08.07-IZ.00-0002/25
Program operacyjny	Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
Oś priorytetowa	VIII Zwiększanie spójności społecznej
Działanie	8.7 Usługi społeczne w ramach Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych
Okres realizacji projektu	2026-01-01 - 2027-12-31

**DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ CHĘĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE „ROZWÓJ USŁUG
SPOŁECZNYCH W LOM W GMINACH BYCHAWA, JABŁONNA, KONOPNICA”**

Formularz należy wypełnić **DRUKOWANYMI LITERAMI**. Pola wyboru należy oznaczyć symbolem „x”, pola niewypełnione danymi przekreślić.

INFORMACJE PODSTAWOWE			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Obywatelstwo	☐ obywatelstwo polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec		
PESEL			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość			
Kod pocztowy	__ __ - __ __ __	Poczta	
Powiat			
Województwo			
Telefon kontaktowy			
Adres email			
Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna		
Wiek w chwili przystępowania do projektu			





Obszar zamieszkania według stopnia urbanizacji (DEGURBA):	☐ tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie, w tym: Chełm, Zamość, Lublin) ☐ tereny pośrednie (miasta, przedmieścia, w tym: Międzyrzec Podlaski, Terespol, Radzyń Podlaski, Włodawa, Biała Podlaska, Biłgoraj, Hrubieszów, Krasnystaw, Tomaszów Lubelski, Szczepleszyn, Lubartów, Konopnica, Łęczna, Świdnik, Janów Lubelski, Kraśnik, Łuków, Puławy, Dęblin) ☐ tereny słabo zaludnione (wiejskie, w tym pozostałe gminy województwa lubelskiego)
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	☐ osoby pracujące, kadra realizująca działania w obszarze usług społecznych
	☐ osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, narażone na umieszczenie w instytucjach całodobowych, osoby zagrożone lub dotknięte ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, z ograniczoną mobilnością, w szczególności osoby korzystające z programu FE PŻ, osoby zamieszkujące samotnie, osoby w kryzysie bezdomności
	☐ członkowie rodzin bądź opiekunowie faktyczni, sprawujący bezpośrednią opiekę nad osobą z niepełnosprawnością lub dziećmi do 16 roku życia z aktualnym orzeczeniem
	☐ osoby z niepełnosprawnością lub dzieci od ukończenia 2 do 16 roku życia

Jestem osobą obcego pochodzenia, tj. cudzoziemiec, który nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów (jeśli tak, należy dołączyć ważny dokument potwierdzający legalność pobytu na terytorium RP)	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą z krajów trzecich objętych wsparciem w programie, tj. jest obywatel krajów spoza UE, bezpaństwowiec zgodnie z Konwencją o statusie bezpaństwowców z 1954 r. lub osoba bez ustalonego obywatelstwa (jeśli tak, należy dołączyć ważny dokument potwierdzający legalność pobytu na terytorium RP)	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań (jeśli tak, należy dołączyć zaświadczenie z właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający bezdomność lub dotknięcie wykluczeniem z dostępu do mieszkań, np. kopia wyroku sądowego, pismo ze spółdzielni o zadłużeniu)	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą należącą do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie – osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej. Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne to: karaimska, łemkowska, romska, tatarska	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Jestem osobą z niepełnosprawnościami ¹ (jeśli tak, należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie zaburzeń psychicznych w rozumieniu ustawy o ochronie zdrowia psychicznego)	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Specjalne potrzeby wynikające z niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej, niepełnosprawności, płci itp.:	
Przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności	
Alternatywne formy materiałów	
Specjalna dieta	
Tłumacz języka migowego	
Inne:	

Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

¹ a) osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2024 r. poz. 44 z późn. zm.) lub uczeń albo dziecko w wieku przedszkolnym posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności lub dzieci i młodzież posiadające orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim. Orzeczenia uczniów, dzieci lub młodzieży są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym poradni specjalistycznej;
b) osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 917);





OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ	
KRYTERIA FORMALNE	SPEŁNIA
Osoba z niepełnosprawnością (dokument: orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych – dotyczy osób z niepełnosprawnością, (w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego - odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia)	☐
Osoba wykluczona lub zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym (dokument: zaświadczenie z OPS lub zaświadczenie o dochodach)	☐
Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (dokument: zaświadczenie lekarskie, orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, wywiad środowiskowy, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej, ocena potrzeby wsparcia, ocena wg. skali funkcjonowania codziennego (skala Lawtona, skala Katza i skala Barthel), ocena wg. skali Vulnerable Elders Survey 13 (VES-13); inny dokument)	☐
Osoba narażona na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub przebywająca w nich (dokument: skierowanie/decyzja o potrzebie umieszczenia w instytucji całodobowej, zaświadczenie o przebywaniu w instytucji całodobowej;)	☐
Migrant lub jego otoczenie (dokument: oświadczenie potwierdzające doświadczenie migracji)	☐
Kadra realizująca działania w obszarze usług społecznych (dokument: zaświadczenie od pracodawcy)	☐
Osoba świadcząca usługi społeczne w społeczności lokalnej (dokument: zaświadczenie z OPS)	☐
Opiekun faktyczny (dokument potwierdzający sprawowanie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu: np. oświadczenie, decyzja o przyznaniu świadczenia pielęgnacyjnego)	☐
Otoczenie osoby z niepełnosprawnością lub otoczenie osoby dotkniętej lub zagrożonej ubóstwem i wykluczeniem społecznym (dokument: wywiad środowiskowy, oświadczenie)	☐
KRYTERIA PREMIUJĄCE (+1 pkt za każde spełnienie warunku)	SPEŁNIA
Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności	☐
Niepełnosprawność sprzężona	☐
Choroby psychiczne	☐
Niepełnosprawność intelektualna	☐
Całościowe zaburzenia rozwojowe	☐
Osoba korzystająca z FE PŻ	☐
Osoba zamieszkująca samotnie (dokument: oświadczenie o gospodarowaniu w jednoosobowym gospodarstwie domowym)	☐
Osoba w kryzysie bezdomności	☐





**Czy korzysta Pan/ Pani
jednocześnie ze wsparcia
w innym projekcie
dofinansowanym ze
środków EFS+?**

☐ TAK

☐ NIE

Jeśli „tak” proszę podać nazwę realizatora i tytuł projektu

.....

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z REGULAMINEM REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH W LOM W GMINACH BYCHAWA, JABŁONNA, KONOPNICA” oraz akceptuję jego postanowienia.
2. Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „Rozwój usług społecznych w LOM w gminach Bychawa, Jabłonna, Konopnica”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
3. Oświadczam, że zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych, stanowiącymi załączniki nr 2a i 2b do REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE „Rozwój usług społecznych w LOM w gminach Bychawa, Jabłonna, Konopnica”
5. Oświadczam, że powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU





Załącznik nr 1 do Formularza zgłoszeniowego

Miejscowość i data.....

Oświadczenie kandydata

Ja niżej podpisany/na

Oświadczam, że/odpowiednie podkreślić/:

1. **TAK / NIE** Jestem osobą zamieszkującą na terenie województwa lubelskiego na terenie Lubelskiego Obszaru Metropolitalnego w gminie Bychawa lub Jabłonna lub Konopnica,
2. **TAK / NIE** Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
3. **TAK / NIE** Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie,
4. **TAK / NIE** Jestem osobą sprawującą opiekę nad osobą niesamodzielną,
5. **TAK / NIE** Jestem osobą z otoczenia osoby dotkniętych lub zagrożonych ubóstwem i wykluczeniem społecznym,
6. **TAK / NIE** Jestem osobą z otoczenia osoby z niepełnosprawnościami,
7. **TAK / NIE** Jestem osobą leżącą,
8. **TAK / NIE** Jestem osobą niesamodzielną,
9. **TAK / NIE** Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa,
10. **TAK / NIE** Jestem osobą zamieszkującą samotnie.
11. **TAK / NIE** Jestem osobą w kryzysie bezdomności.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS KANDYDATA/KANDYDATKI DO PROJEKTU

