

Załącznik nr 3 do Regulaminu rekrutacji

DEKLARACJA UCZESTNICTWA – uczestnik projektu

DANE UCZESTNIKA													
RODZAJ UCZESTNIKA										☐ indywidualny ☐ pracownik lub przedstawiciel instytucji / podmiotu			
IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO													
NAZWA INSTYTUCJI													
PESEL										WYKSZTAŁCENIE	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe		
BRAK PESEL	☐	PŁEĆ		☐ KOBIEȚA ☐ MĘŻCZYZNA									
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU													
DANE KONTAKTOWE (ADRES ZAMIESZKANIA)													
OBSZAR WG STOPNIA URBANIZACJI	☐ tereny gęsto zaludnione (miasta, centra miejskie, obszary miejskie) ☐ tereny pośrednie (miasta, przedmieścia) ☐ tereny słabo zaludnione (wiejskie)												
WOJEWÓDZTWO						POWIAT							
GMINA						MIEJSCOWOŚĆ							
ULICA						NR BUDYNKU		NR LOKALU					
KOD POCZTOWY			-			TEL. KONTAKTOWY							
ADRES E-MAIL													
OBYWATELSTWO	☐ obywatelstwo polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa - obywatel kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa lub UE - obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec												

**STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	☐ osoba bezrobotna, w tym:		☐ osoba długotrwale bezrobotna	
			☐ inne	
	☐ osoba bierna zawodowo, w tym:		☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
			☐ osoba ucząca się/odbywająca kształcenie	
			☐ inne: np. emeryt, rencista	
	☐ osoba pracująca			
	ZATRUDNIONY W:			
	Stanowisko:			
RODZAJ PRYZNANEGO WSPARCIA	☐ usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania		☐ usługi asystenckie wspierające aktywność społeczną, edukacyjną lub zawodową	☐ opieka wytchnieniowa
	☐ usługi teleopieki medycznej		☐ usługi „door to door”	☐ specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w tym:
	☐ rehabilitacja fizyczna i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu		☐ indywidualne wsparcie psychologiczne	☐ pielęgnacja jako wspieranie procesu leczenia

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba obcego pochodzenia, tj. cudzoziemiec, który nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów	☐ tak ☐ nie
Jestem osobą z krajów trzecich objętych wsparciem w programie, tj. Jest obywatel krajów spoza UE, bezpieczeństwa zgodnie z konwencją o statusie bezpieczeństwa z 1954 r. lub osoba bez ustalonego obywatelstwa	☐ tak ☐ nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie





Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak romowie	☐ tak ☐ odmawiam podania informacji ☐ nie
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ tak ☐ odmawiam podania informacji ☐ nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ nie ☐ odmawiam podania informacji ☐ tak
WSPARCIE W RAMACH PROJEKTU	
DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU WE WSPARCIU	
DATA ZAKOŃCZENIA UDZIAŁU WE WSPARCIU	

- Wyrażam gotowość do udziału w projekcie „Rozwój usług społecznych w LOM w gminach Bychawa, Jabłonna, Konopnica”, nr FELU.08.07-IZ.00-0002/25 realizowanym w ramach Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027. Działania w celu zwiększenia równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług. Projekt ten jest realizowany na terenie Województwa Lubelskiego jako projekt partnerski. Partnerzy: Stowarzyszenie Lubelskiego Obszaru Metropolitalnego, Gmina Bychawa, Gmina Jabłonna, Gmina Konopnica”.
- Oświadczam, że na dzień przystąpienia do projektu „Rozwój usług społecznych w LOM w gminach Bychawa, Jabłonna, Konopnica”, spełniam wymogi kwalifikacyjne do projektu.
- Oświadczam, że:
 - ☐ Zapoznałam/-em się z dokumentacją projektu, w szczególności z celami, założeniami oraz wskaźnikami i akceptuję ich warunki.
 - ☐ Zostałam/-em poinformowana/-y, że projekt jest finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- Powyższe informacje są prawdziwe i mam świadomość odpowiedzialności za składanie fałszywych zeznań.

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis

