Załącznik nr 2

Do Regulaminu naboru i uczestnictwa
w projekcie pn. „Rozwój usług społecznych na terenie Miasta Makowa Mazowieckiego

**Imię i nazwisko:** ……………………………………………………………………………………..

**Kryteria podstawowe:**

1. **Jestem osobą zamieszkującą na terenie Miasta Maków Mazowiecki (wstawić znak „X” w wykropkowane pole)**

Tak ……… Nie….....

1. **Jestem osobą niesamodzielną powyżej 60 r.ż. (wstawić znak „X” w wykropkowane pole)**

Tak ……… Nie……..

1. **Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r.poz.1507, 1622, 1690,1818) (wstawić znak „X” w wykropkowane pole)**

Tak ……… Nie……...

1. **Kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12.02.2004 r. o pomocy społecznej: (podkreślić wybraną cechę)**

Ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności, bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w RP status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizmu lub narkomanii, zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

**Kryteria dodatkowe:**

1. Jestem osobą niepełnosprawną (weryfikowane na podstawie aktualnego orzeczenia);

Tak……….. Nie…………

1. Jestem osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego (zaświadczenie od lekarza o stanie zdrowia oraz zaświadczenie o dochodach/ lub oświadczenie uczestnika/opiekuna, zał. Nr 2) (Na osobę samotnie gospodarującą - ……. lub na osobę w rodzinie - ………;

Tak………… Nie…………

1. Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną/ z zaburzeniami psychicznymi w tym niepełnosprawnością intelektualną/ z całościowymi zaburzeniami rozwoju (oświadczenie o niepełnosprawności);

Tak………… Nie…………

1. Osoby objęte pomocą społeczną tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek (dysfunkcji) określonych w art. 7 cytowanej powyżej ustawy o pomocy społecznej w tym osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (na podstawie oświadczenia);

Tak………… Nie………….

**Oświadczenie uczestnika projektu:**

1. „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”
2. „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Miasto Maków Mazowiecki”,
3. „Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem naboru i uczestnictwa w projekcie” i akceptuje jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania deklaracji uczestnictwa w projekcie”,
4. „Deklaruję uczestnictwo w całej ścieżce wsparcia zaplanowanej podczas diagnozy”,
5. „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych w niniejszym formularzu w celu rekrutacji i realizacji projektu zg. z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) oraz na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/678 z dnia 27 kwietnia 2016r w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tych danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych).”
6. Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Rozwój usług społecznych na terenie Miasta Maków Mazowiecki” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
7. Jestem świadomy/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

………………………………………. ……………………………………

Data i podpis Data i podpis osoby
osoby przyjmującej składającej oświadczenie
oświadczenie