



Projekt „Osiedlowy Klub Seniora ZORZA II” realizowany jest przez Miasto Włocławek/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku w ramach LSR na lata 2023-2029 LGD Miasto Włocławek, w ramach Programu Fundusze dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027, Priorytet FEKP.07 FUNDUSZE EUROPEJSKIE NA ROZWÓJ LOKALNY, CP4 - Europa o silniejszym wymiarze społecznym, bardziej sprzyjająca włączeniu społecznemu i wdrażająca Europejski filar praw socjalnych, Dofinansowanie projektu z EFS + oraz budżetu Państwa wynosi: 86 001,56 zł.



MIASTO WŁOCŁAWEK
LOKALNA GRUPA DZIAŁANIA

Załącznik nr 1
FORMULARZ REKRUTACYJNY

Deklaracja uczestnictwa w projekcie objętym grantem

Ja niżej podpisany(-a)

.....
deklaruję swój udział w projekcie objętym grantem pt. „Osiedlowy Klub Seniora ZORZA II”, realizowanym przez Miasto Włocławek/Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie we Włocławku, który wybrany został do dofinansowania w ramach projektu grantowego pt. Integracja i aktywizacja Seniorów w ramach Klubów Seniora.

1. Zostałem(-am) poinformowany(-a), że projekt objęty grantem jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, a jego realizacja odbywa się w ramach Europejskiego Funduszu dla Kujaw i Pomorza na lata 2021-2027.
2. Zobowiązuję się do wypełnienia formularza dotyczącego danych osobowych, ankiet, testów oraz podpisywania list obecności, kart doradczych i umów w trakcie realizacji projektu objętego grantem. Mam świadomość, iż dokumenty te w procesie monitorowania, kontroli oraz ewaluacji ww. projektu objętego grantem.
3. Uprzedzony(-a) o odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń lub zatajenie prawdy oświadczam, że:
 - a) spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie objętym grantem, a wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą;
 - b) nie byłem(-am) i nie jestem uczestnikiem innego projektu objętego grantem, który uzyskał dofinansowanie w ramach projektu grantowego pt. Integracja i aktywizacja Seniorów w ramach Klubów Seniora;
 - c) nie jestem uczestnikiem/uczestniczką dziennych domów pomocy i innych ośrodków wsparcia dziennego przewidzianych w ustawie o pomocy społecznej (wyłącznie w przypadku uczestników grantów dotyczących integracji i aktywizacji seniorów)¹;
 - d) będę aktywnie uczestniczyć w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem;
 - e) w terminie udziału w wybranych formach wsparcia oferowanych w ramach ww. projektu objętego grantem, nie będę korzystać z takiego samego zakresu wsparcia, w tym samym okresie, w ramach innych realizowanych projektów;

¹ Dotyczy tylko typu projektu a) tworzenie i funkcjonowanie klubów seniora w zakresie działania FEKP.07.04, w innym przypadku przekreślić.

4. Po zakończeniu udziału w projekcie objętym grantem w terminie określonym w umowie uczestnictwa w projekcie przekażę dane niezbędne do określenia rezultatów projektu. Zakres danych jest określony w umowie uczestnictwa w projekcie.
5. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z realizacją projektu objętego grantem drogą telefoniczną i/lub elektroniczną.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania projektu objętego grantem na stronach internetowych, materiałach filmowych, w publikacjach przygotowanych przez realizującego projekt oraz Lokalną Grupę Działania Miasto Włocławek;
7. W sprawach nieuregulowanych niniejszą deklaracją decyzje podejmuje Dyrektor Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie we Włocławku;
8. Deklaracja obowiązuje w całym okresie realizacji projektu grantowego pt. Integracja i aktywizacja Seniorów w ramach Klubów Seniora.

.....
/data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu/

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU EFS+
INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI | | | | | | | | | | | | | |
| OBYWATELSTWO | | | | | | | | | | | | | |
| RODZAJ UCZESTNIKA | INDYWIDUALNY | | | | | | | | | | | | |
| NAZWA INSTYTUCJI | NIE DOTYCZY | | | | | | | | | | | | |
| IMIĘ | | | | | | | | | | | | | |
| NAZWISKO | | | | | | | | | | | | | |
| PLEĆ | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna | | | | | | | | | | | | |
| PESEL | <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| BRAK PESEL | <input type="checkbox"/> TAK | | | | | | | | | | | | |
| WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--|------------------|----------------------|----------------------|
| ADRES ZAMIESZKANIA/DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI | | | |
| KRAJ | POLSKA | WOJEWÓDZTWO | KUJAWSKO - POMORSKIE |
| POWIAT | MIASTO WŁOCŁAWEK | GMINA | M. WŁOCŁAWEK |
| MIEJSCOWOŚĆ | WŁOCŁAWEK | KOD POCZTOWY | 87 - 800 |
| NAZWA ULICY | | NR DOMU / MIESZKANIA | |
| TELEFON KONTAKTOWY | | | |
| ADRES E-MAIL | | | |

| SZCZEGÓLNA SYTUACJA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI PROJEKTU | |
|---|--|
| OSOBA OBCEGO POCHODZENIA | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE) ² | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMCJI |
| OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKANIA | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI ³ | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMCJI |
| POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji. należy podać informacje zakreślając właściwą odpowiedź. jeżeli tak, proszę opisać szczególne potrzeby. | |
| <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE POTRZEBY | |

OŚWIADCZENIA:

| |
|---|
| 1. Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137). 2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem . |
|---|

.....
/data i czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki projektu/

| |
|---|
| Proszę podać formę kontaktu w sprawie poinformowania o wynikach rekrutacji do projektu: <input type="checkbox"/> telefonicznie <input type="checkbox"/> mailowo <input type="checkbox"/> poprzez pracownika socjalnego |
|---|

² (Dane osobowe szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia (UE) 2016/679)

³ (Dane osobowe szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia (UE) 2016/679)