|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUJĄCĄ WNIOSEK** | |
| Numer Wniosku: |  |
| Data wpływu / Podpis osoby przyjmującej dokumenty |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O PRZYZNANIE POMOCY W FORMIE USŁUG W MIESZKANIU WSPOMAGANYM** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tytuł projektu** | | | | | **„Mieszkalnictwo wspomagane”** | | | | | | | | | | | |
| **Program/priorytet/działanie** | | | | | **Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020**  **VII: Poprawa spójności społecznej**  **Działanie 7.2. Rozwój usług społecznych** | | | | | | | | | | | |
| **Czas trwania projektu** | | | | | **01.05.2019 r. – 30.04.2021 r.** | | | | | | | | | | | |
| **Wniosek należy wypełnić DRUKOWANYMI literami i zaznaczyć krzyżykiem (x) odpowiednie pola (kwadraty). Wymagane jest wypełnienie wszystkich pól wniosku z wyjątkiem pól wypełnionych kolorem szarym** (jeśli pole nie może być wypełnione należy wpisać: *nie dotyczy*). | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Dane podstawowe** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona: | | | | | Nazwisko: | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| Płeć: □ KOBIETA □ MĘŻCZYZNA | | | | | Wiek: | | | | | | | | | | | |
| **II. Wykształcenie** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ Brak □ Podstawowe □ Gimnazjalne □ Ponadgimnazjalne □ Policealne □ Wyższe | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III. Dane kontaktowe i adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| nr domu |  | | | nr mieszkania | | | | | |  | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | Kod pocztowy | | | | | |  | | | | | | |
| Województwo |  | | | Powiat | | | | | |  | | | | | | |
| Nr telefonu komórkowego |  | | | Nr telefonu stacjonarnego | | | | | |  | | | | | | |
| e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. Status kandydata na rynku pracy** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I. Osoba bezrobotna niezarejestrowana  w ewidencji urzędu pracy | | □ TAK  *(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)*   * Długotrwale bezrobotna * Inne | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| II. Osoba bezrobotna zarejestrowana  w ewidencji urzędu pracy | | □ TAK  *(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)*   * Długotrwale bezrobotna * Inne | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| III. Osoba bierna zawodowo | | □ TAK  *(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)*   * Inne * Osoba ucząca się * Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| IV. Osoba pracująca | | □ TAK  *(proszę wybrać jeśli zaznaczono „tak”)*   * Osoba pracująca w administracji rządowej * Osoba pracująca w administracji samorządowej * Inne * Osoba pracująca MMŚP * Osoba pracująca w organizacji pozarządowej * Osoba prowadząca działalność na własny rachunek * Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie | | | | | | | | □ NIE | | | | | | |
| ***W tym*** *(proszę zaznaczyć jeśli w punkcie* ***IV. Osoba pracująca*** *zaznaczono „tak”)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ inny  □ Instruktor praktycznej nauki zawodu  □ Nauczyciel kształcenia ogólnego  □ Nauczyciel kształcenia przedszkolnego  □ Nauczyciel kształcenia zawodowego  □ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  □ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  □ Pracownik instytucji rynku pracy  □ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  □ Pracownik instytucji wspierania rodziny i pieczy zastępczej  □ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  □ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  □ Rolnik | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Zatrudniony/a w:*** *(konkretne miejsce pracy)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **V. Informacje dodatkowe** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | □ TAK  Stopień: lekki umiarkowany znaczny  Rodzaj niepełnosprawności :  □ 01-U upośledzenie umysłowe  □ 02-P choroby psychiczne  □ 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  □ 04-O choroby narządu wzroku  □ 05-R upośledzenia narządu ruchu  □ 06-E epilepsja  □ 07-S choroby układu oddechowego i krążenia  □ 08-T choroby układu pokarmowego  □ 09-M choroby układu moczowo-płciowego  □ 10-N choroby neurologiczne  □ 11-I inne, w tym schorzenia: endokrynologiczne, choroby zakaźne i odzwierzęce, zeszpecenia, choroby układu krwiotwórczego  □ 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe  np. autyzm (stopnie lekki, umiarkowany i znaczny) | | | | | | | | | | □ NIE | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | | | |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego– *to osoba wykluczona społecznie z minimum dwóch przesłanek: np. bezrobocia i ubóstwa. - w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie* | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | | | |
| Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020  (PO PŻ) *w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie o korzystaniu z PO PŻ* | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | | | |
| Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej  *w przypadku zaznaczenia „TAK” należy wypełnić oświadczenie i dostarczyć zaświadczenie o dochodach* | | | | | | | | | | | | | □ TAK □ NIE | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VI. Oczekiwania/potrzeby** | | |
| ograniczenia zdrowotne | ograniczenia związane  z poruszaniem się | dieta |
|  |  |  |

**Dodatkowe informacje**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Dane kontaktowe osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, numer telefonu)*** |  |

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a zgłaszam dobrowolnie chęć udziału w projekcie „Mieszkalnictwo wspomagane” i oświadczam, że:

1. Powyższe dane są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach „Programu wyrównywania różnic między regionami III”.
4. Przyjmuję do wiadomości, iż na postawie art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia   
   o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.:
5. Administratorem danych jest Stowarzyszenie MY DLA INNYCH, ul. Antoniuk Fabryczny 34, 15-741 Białystok, email: marzdlainnych@gmail.com
6. Państwa dane osobowe będą przetwarzane w celu rekrutacji do projektu „Mieszkalnictwo wspomagane” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.
7. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do wzięcia udziału w procesie rekrutacji do ww. Projektu.
8. Osobie, która wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych przysługuje prawo   
   do ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego   
   w sytuacji, gdy przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
9. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres wynikający z przepisów prawa   
   dotyczących archiwizacji, lub do momentu odwołania zgody. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może zostać cofnięta w dowolnym momencie.
10. Dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji ani profilowania.

*POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

*………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)*

**OŚWIADCZENIE OSOBY POMAGAJĄCEJ W WYPEŁNIENIU WNIOSKU O PRZYZANIE POMOCY   
W FORMIE USŁUG W MIESZKANIU WSPOMAGANYM OSOBIE Z DYSFUNKCJĄ UNIEMOŻLIWIAJĄCĄ SAMODZIELNE UZUPEŁNIENIE**

Imię i nazwisko osoby pomagającej w uzupełnieniu Wniosku:

…………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że przeczytałem/am Kandydatowi/Kandydatce składającemu niniejszy Wniosek treść Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz treść Wniosku.
2. Oświadczam, że w imieniu Kandydata/Kandydatki i za jego/jej zgodą pomogłem/am,   
   w uzupełnieniu tego Wniosku wpisując dane jedynie zgodne z prawdą.

*…………………………………………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis wypełniającego w imieniu Kandydata)*

Do niniejszego Wniosku załączam:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj załącznika** | **Właściwe zaznaczyć X** | |
| **TAK** | **NIE** |
| 1. | Kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego dokumentu – oryginał do wglądu | □ | □ |
| 2. | Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 | □ | □ |
| 4. | Oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu | □ | □ |
| 5. | Oświadczenie o wysokości dochodu | □ | □ |
| 6. | Zaświadczenie o wysokości dochodów | □ | □ |

**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PROGRAMU OPERACYJNEGO   
POMOC ŻYWNOŚCIOWA 2014-2020**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

*POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

*………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)*

**OŚWIADCZENIE O WIELOKROTNYM WYKLUCZENIU**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że jestem osobą/członkiem rodziny zagrożonym ubóstwem lub wykluczeniem doświadczającym wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanek, o których mowa w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020.*

*………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)*

**OŚWIADCZENIE O WYSOKOŚCI DOCHODU**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

□ Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą[[1]](#footnote-1)

□ Oświadczam, że moje gospodarstwo domowe liczy łącznie ze mną ……. osób.[[2]](#footnote-2)

*POUCZENIE: Oświadczenie jest składane pod rygorem odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.*

*………………………………………………………………………………..*

*(miejscowość, data i czytelny podpis Kandydata)*

1. W przypadku, gdy Kandydat jest osobą samotnie gospodarującą, należy przedłożyć zaświadczenie o dochodach Kandydata. [↑](#footnote-ref-1)
2. W przypadku, gdy gospodarstwo domowe składa się z więcej niż jednej osoby, należy przedłożyć zaświadczenia o dochodach wszystkich domowników. [↑](#footnote-ref-2)