



Projekt „Osiedlowy Klub Seniora ZORZA” realizowany jest przez Gminę 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 + wynosi: 90 000,00 zł.



MIASTO WŁOCŁAWEK  
LOKALNA GRUPA DZIAŁANIA

Załącznik nr 1

FORMULARZ REKRUTACYJNY<sup>1</sup>

## Deklaracja uczestnictwa w projekcie objętym grantem

Ja niżej podpisany(-a)

.....  
deklaruję swój udział w projekcie objętym grantem pt. „Osiedlowy Klub Seniora ZORZA”, realizowanym przez Gminę 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” nr FEKP.07.04-IZ.00-0001/24 realizującego Lokalną Strategię Rozwoju na lata 2023 - 2029 dla obszaru działania Lokalnej Grupy Działania Miasto Włocławek.

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 posłużą 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” nr FEKP.07.04-IZ.00-0001/24 realizującego Lokalną Strategię Rozwoju na lata 2023-2029 dla obszaru działania Lokalnej Grupy Działania Miasto Włocławek.
  - c) będę aktywnie uczestniczyć w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem;
  - d) 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;
  - e) nie jestem uczestnikiem dziennych domów pomocy i innych ośrodków wsparcia dziennego przewidzianych w ustawie o pomocy społecznej.
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.

<sup>1</sup> Uczestnik projektu wypełni a tylko strony 1-5, strony 6-8 wypełnia pracownik MOPR.

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. „Osiedlowy Klub Seniora ZORZA”.

.....  
/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													
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna												
PESEL	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												
Brak PESEL	<input type="checkbox"/> TAK												
Wiek w chwili przystąpienia do projektu													
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)												

Adres zamieszkania/dane kontaktowe Uczestnika/Uczestniczki			
Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Obszar według stopnia urbanizacji (DEGURBA)			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Data rozpoczęcia udziału w projekcie			

<p>Status osoby na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu (Należy podać informacje wyłącznie dla jednego statusu zakreślając właściwe odpowiedzi)</p>
<input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną
<input type="checkbox"/> jestem osobą bierną zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie (tylko w 7.2)
<input type="checkbox"/> jestem osobą pracującą

Szczególna sytuacja Uczestnika/Uczestniczki projektu	
Osoba z krajów trzecich	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<p><b>Osoba z niepełnosprawnościami:</b>          Uczestnik(-czka) ma możliwość odmowy podania danych osobowych szczególnej kategorii, o której mowa w art. 9 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1, z późn. zm.), zwanym „RODO”.</p>	
Proszę zakreślić właściwą odpowiedź. <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa odpowiedzi	
<p><b>POSIADAM SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI</b>          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.</p>	
<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:

- ☐ telefonicznie
- ☐ mailowo
- ☐ poprzez pracownika socjalnego

**Informacje dotyczące kwalifikowalności uczestnika potwierdzane przez Grantobiorcę na podstawie załączonych lub przedłożonych do wglądu dokumentów**

Grupa docelowa	
Osoba zamieszkała na terenie LSR, tj. na terenie Gminy Miasto Włocławek <sup>2</sup> i	<input type="checkbox"/> tak
Osoba dorosła <sup>3</sup> i/lub	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba, która ukończyła 60. rok życia <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Osoba posiadająca status ucznia, między 6 a 24 r.ż. <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Inne warunki, wynikające z zapisów Regulaminu naboru wniosków (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy

Osoba w niekorzystnej sytuacji <sup>6</sup> - kluby młodzieżowe (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy
Pochodzenie z rodziny wielodzietnej (przez wielodzietność rodziny należy rozumieć rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Trudna sytuacja materialna wynikająca z niskich dochodów na osobę w rodzinie (na podstawie progów określonych każdorazowo w Regulaminie naboru wniosków)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

<sup>2</sup> Weryfikacja oświadczenia na podstawie wystawionych na uczestnika i jego adres zamieszkania dokumentów zobowiązaniowych np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty np. umowa najmu, karta pobytu.

<sup>3</sup> Weryfikacja oświadczenia podstawie dowodu osobistego i/lub paszportu i/lub innego równoważnego dokumentu (dokument do wglądu).

<sup>4</sup> Weryfikacja oświadczenia podstawie dowodu osobistego i/lub paszportu i/lub innego równoważnego dokumentu (dokument do wglądu).

<sup>5</sup> Weryfikacja oświadczenia podstawie legitymacji uczniowskiej i/lub innego równoważnego dokumentu (dokument do wglądu).

<sup>6</sup> Weryfikacja oświadczenia podstawie zaświadczenia i/lub innego równoważnego dokumentu.

Niepełnosprawność lub posiadanie orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Objęcie pomocą psychologiczno-pedagogiczną w szkole lub placówce	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Wychowywanie przez samotnego rodzica lub przebywanie w pieczy zastępczej rodzinnej lub instytucjonalnej	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zamieszkiwanie na obszarze (gmina/powiat) o niskim stopniu urbanizacji (DEGURBA 3)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Zamieszkiwanie na obszarze zmarginalizowanym (gminy zagrożone trwałą marginalizacją – metodologia MFIPR, gminy na obszarze których występują problemy – metodologia SRW 2030+ lub miasta średnie tracące funkcje społeczno-gospodarcze – metodologia MFIPR)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Inne przesłanki wynikające z diagnozy osób w niekorzystnej sytuacji ujętej w LSR	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Zestawienie dokumentów potwierdzających status uczestnika projektu:	
Dokumenty załączone do <b>Formularza rekrutacyjnego</b>	
Lp.	Nazwa dokumentu
1.	np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty np. umowa najmu, karta pobytu (weryfikacja spełnienia kryterium osoby zamieszkującej na terenie LSR, tj. na terenie miasta Włocławek na podstawie wystawionych na uczestnika i jego adres zamieszkania dokumentów zobowiązaniowych). <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	Oświadczenie uczestnika projektu objętego grantem w zakresie ochrony danych osobowych - załącznik nr 2 <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
3.	Oświadczenia uczestnika projektu dotyczące samotnego zamieszkiwania – załącznik nr 3 (jeżeli dotyczy). <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Dokumenty przedłożone do wglądu Grantobiorcy:	
1.	np. dowód osobisty lub paszport lub inny równoważny dokument <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
2.	orzeczenie o umiarkowanym lub znacznym stopniu niepełnosprawności nr ..... ważne na okres ..... <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Na podstawie przedłożonych oraz okazanych do wglądu dokumentów potwierdzam prawidłowość danych zawartych w formularzu **Dane uczestnika projektu EFS+**

.....  
/data i podpis przedstawiciela Grantobiorcy/