Minimalny zakres danych osobowych koniecznych do przetwarzania

 **FORMULARZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

 w ramach projektu **„**SREBRNE POKOLENIE ŻYJE DŁUŻEJ**”**

|  |
| --- |
| **A. DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| 1. | Imię  |  |
| 2. | Nazwisko  |  |
| 3. | Płeć  | K |  | M |  |
| 4. | Data urodzenia |  |
| 5. | Imiona rodziców |  |
| 6. | PESEL / wiek |  |
| 7. | Adres zamieszkania *(ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)* |  |
| 8. | Obszar | miejski |  | wiejski |  |
| 9. | Województwo | dolnośląskie |
| 10. | Powiat | Jaworski |
| 11. | Gmina | Paszowice |
| 12. | Wykształcenie | -niższe niż podstawowe-podstawowe-gimnazjalne-ponadgimnazjalne-policealne-wyższe |
| 13. | Zawód |  |
| 14. | Telefon stacjonarny/komórkowy |  |
| 15. | Adres e-mail |  |
| **B. DANE DOTYCZĄCE KWALIFIKOWALNOŚCI DO PROJEKTU – OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU****Przynależność do grupy docelowej zgodnie z Regulaminem Otwartego Konkursu Ofert w ramach programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+ „ na lata 2021-2025, Edycja 2023/ zatwierdzonym do realizacji Planem Działania/zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu*****Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikowalności projektu, a w uszczegółowieniu ( w odpowiednim miejscu proszę wstawić znak X):*** |
| 16. | Warunki kwalifikowalności | Zamieszkuję teren Gminy Paszowice | X |
| Jestem osobą powyżej 60 roku życia; |  |
| Jestem osobą :- pracującą |  |
| - emerytem/rencistą |  |
| Przynależę do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantów |  |
| Jestem osobą bezdomną/ dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  |  |
| Jestem członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej; |  |
| Jestem os. niepełnosprawną w roz. ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu os. niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.) i/lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011r. Nr 231, poz. 1375) |  |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej ( innej niż wymienione powyżej) |  |
| Jestem osobą/członkiem rodziny, w której są osoby o znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności/ z niepełnosprawnością sprzężoną/osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ( dodatkowo w przypadku specjalnych potrzeb osoby niepełnosprawnej proszę o wpisanie zakresu potrzeb w tym ew, konieczności dostosowania programu zajęć/wsparcia, organizacji transportu, organizacji mobilnego wsparcia, zakupu specjalnych pomocy dydaktycznych, zakupu specjalistycznego oprogramowania, sprzętu, lub innego dostosowania, np. w przypadku niepełnosprawności ruchowej ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |  |
| 17. | **Specjalne potrzeby uczestnika celem dostosowania wsparcia** (np. możliwość organizacji transportu, mobilnego wsparcia z uwagi na oddalone tereny zamieszkiwania, specjalne godziny wsparcia, organizacja posiłków wg wskazanych diet, np. w przypadku wyjazdu, konieczność zapewnienia opieki nad dziećmi itp.) | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. |  |
| Oświadczam, że powyższe dane dotyczące danych osobowych i kwalifikowalności do projektu są zgodne z prawdą. Oświadczam również, że zapoznałem się z definicjami dotyczącymi min.: statusu uczestnika projektu, wykształcenia itp. Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. **Paszowice, ….…………………………………………………………………..** **Czytelny podpis uczestnika** |
| **C . FORMY WSPARCIA UCZESTNIKÓW - wypełnia koordynator projektu** |
| 18. | Rodzaj przyznanego wsparcia w zakresie: | **1. Budowanie kontaktów społecznych i budowanie relacji interpersonalnych – Drużyny Seniora** |  |
| **2. Srebrne pokolenie – bezpieczny, zdrowy i aktywny senior:** |
| 1) BLOK A Trening pamięci i koncentracji |  |
| 2) BLOK B BEZPIECZNY, ZDROWY I AKTYWNY SENIOR |  |
|  a) MODUŁ I – PROBLEMY I ZAGROŻENIA OSÓB STARSZYCH |  |
| b) MODUŁ II – BEZPIECZNY SENIOR |  |
| c) MODUŁ III – W ZDROWYM CIELE ZDROWY DUCH |  |
| **3. Wolontariat senioralny**  |  |
| 1) wolontaryjna grupa samopomocowa – kontrakt społeczny |  |
| 2) odbiorca społecznych usług samopomocowych |  |
| 19. | Data rozpoczęcia udziału w projekcie  |  |
| 20. | Data zakończenia udziału w projekcie*(Należy wpisać datę ostatniego dnia udziału w projekcie, np. szkolenia. Za datę zakończenia udziału w projekcie rozumie się również datę przerwania udziału w projekcie).\** |  |
|  |

**Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.** Oświadczam również, że zapoznałem się z regulaminem rekrutacji.

Paszowice, ……………………… Podpis uczestnika ………………………………………………