**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Readaptacja osób uzależnionych do społeczeństwa” RP SW.09.02.03-26-0016/18**

**Formularz zgłoszeniowy**

do programu wsparciem dla osób uzależnionych od alkoholu i/lub substancji psychoaktywnych realizowanego w ramach projektu

**„Readaptacja osób uzależnionych do społeczeństwa”**

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent | **Klasztor Podwyższenia Krzyża Świętego**  **Zakonu Braci Mniejszych Konwentualnych (Franciszkanów) w Chęcinach** |
| Tytuł projektu: | **Readaptacja osób uzależnionych do społeczeństwa** |
| Nr projektu | **nr RPSW.09.02.03-26-0016/18** |
| Nazwa Programu Operacyjnego | **Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020** |
| Numer i nazwa Osi Priorytetowej | **IX. Włączenie społeczne i walka z ubóstwem** |
| Numer i nazwa Działania | **9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych** |
| Numer i nazwa Podziałania | **9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane osobowe** | | |
| Płeć | Kobieta ⬜ Mężczyzna ⬜ | |
| Imię / Imiona: |  | |
| Nazwisko: |  | |
| Data urodzenia: |  | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wyklucze-niem z dostępu do mieszkań | Tak ⬜ [[1]](#footnote-2)1) Nie ⬜ | |
| **Adres zamieszkania:** | | |
| Województwo | |  |
| Powiat | |  |
| Gmina | |  |
| Miejscowość | |  |
| Kod pocztowy | |  |
| Ulica | |  |
| Nr budynku | |  |
| Nr lokalu | |  |
| Telefon kontaktowy | |  |
| e-mail | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Status Uczestnika/Uczestniczki** | |
| Czy ukończył/-ła Pan/-i podstawową terapię uzależnień | Tak ⬜ Nie ⬜ |
| Czy korzystał/ła Pan/-i k z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. | Tak ⬜ Nie ⬜ |
| Osoba z niepełnosprawnościami | Tak ⬜ Nie ⬜  Odmowa podania informacji ⬜ |
| Osoba posiadająca status osoby zagrożonej wykluczonej społecznie lub/i ubóstwem potwierdzony zaświad-czeniem z OPS. | Tak ⬜ [[2]](#footnote-3)2) Nie ⬜ |

|  |
| --- |
| **Źródło informacji o projekcie** |
|  Ulotki   Ośrodki Pomocy Społecznej   Ośrodki leczenia uzależnień   Strony internetowe   Portal społecznościowy Hostelu „Wspólnota” w Połaniec (Facebook)   Przekaz słowny (od znajomych, rodziny)  Inne …………………………………………………………………….. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Miejscowość, data)*  (*Czytelny podpis uczestnika projektu)*

|  |
| --- |
| **OŚWIADCZENIA** |
| Ja, niżej podpisany/-a oświadczam, że:   1. Zapoznałem/-łam si ę z zasadami udziału w ww. projekcie, zawartymi w Regulaminie Projektu i akceptuję jego warunki. 2. Wyrażam zgodę na prowadzenie wobec mojej osoby dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie stopnia spełnienia wymagań kwalifikujących mnie do udziału w projekcie. 3. **Zostałem/-am poinformowany/a o konieczności (obowiązkowo):** 4. posiadania skierowania do hostelu wystawione przez lekarza nie później niż w terminie 14 dni roboczych poprzedzających dzień rozpoczęcia wsparcia a jego oryginał przedłożę w dniu przyjęcia do placówki. 5. zachowania miesięcznej abstynencji przed rozpoczęciem wsparcia. 6. Jestem świadom/-a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie - *Readaptacja osób uzależnionych do społeczeństwa*, nr**RPSW.09.02.03-26-0016/18** 7. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie, nie będę wnosił/-a żadnych zastrzeżeń ani roszczeń od Beneficjenta. 8. Zostałem/-łam poinformowany/-a, że Projekt realizowany jest w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej 9 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałania 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014–2020 9. Wyrażam zgodę na udział w badaniu ewaluacyjnym (anonimowa ankieta), które odbędzie się na początku i po zakończeniu udziału w Projekcie 10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z prawem i warunkami, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla potrzeb procesu rekrutacji, promocji, realizacji i ewaluacji projektu pt. „Readaptacja osób uzależnionych do społeczeństwa**”** realizowanego przez Klasztor Podwyższenia Krzyża Świętego Zakonu Braci Mniejszych Konwentualnych (Franciszkanów) w Chęcinach, w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej 9 Włączenie społeczne i walka z ubóstwem, Działania 9.2 Ułatwienie dostępu do wysokiej jakości usług społecznych i zdrowotnych Poddziałania 9.2.3 Rozwój wysokiej jakości usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014–2020.   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Miejscowość, data*  (*Czytelny podpis uczestnika projektu)* |

|  |
| --- |
| Pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie ww. dane podane w Formularzu zgłoszeniowym do projektu są prawdziwe.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *Miejscowość, data*  (*Czytelny podpis uczestnika projektu)* |

**­­­**

**Wypełnia Komisja Rekrutacyjna:**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr formularza |  |
| Data wpływu |  |
| Czytelny podpis osoby przyjmującej formularz |  |

zy ukończył/ła Pan/-i terapię podstawowąonu Braci Mniejszych Konwentualnych (Franciszkanów

1. Jeżeli zaznaczono **Tak** to nie wypełniamy bloku **Adres zamieszkania** [↑](#footnote-ref-2)
2. Jeżeli zaznaczono **Tak** to oryginał zaświadczenia należy przedłożyć w hostelu w dniu przyjęcia. [↑](#footnote-ref-3)