Zał. 1 do Regulaminu

# Formularz rekrutacji do projektu „Zwiększenie dostępności do usług społecznych realizowanych przez Stowarzyszenie Terapeutów.” (dalej Projekt)

Imię i nazwisko kandydata na Uczestnika Projektu:

………………………………………..………………………………………..

Wiek kandydata na Uczestnika Projektu (w momencie składania zgłoszenia):

………………………………………..………………………………………..

Adres zamieszkania zgłaszanego kandydata na Uczestnika Projektu:

…………………………………………………..………………………………

…………………………………………………..………………………………

tel. kontaktowy: ………………………………

adres e-mail: ………………………………

Jako kandydat na Uczestnik Projektu/rodzic/opiekun prawny kandydata na Uczestnika Projektu oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji do Projektu, nie wnoszę do niego uwag oraz zobowiązuję się do przestrzegania zawartych w nim zapisów.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie wskazanym
w regulaminie rekrutacji do Projektu.
3. W przypadku zakwalifikowania do Projektu zobowiązuję się do podpisania umowy na uczestnictwo w Projekcie, zgodnie z zał. 2 do Regulaminu oraz innych dokumentów wskazanych w Regulaminie.
4. Deklaruję chęć korzystania z usług wskazanych w Regulaminie w następującym zakresie:
	1. usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania – ………… godzin miesięcznie (należy podać wartość pomiędzy 10 a 20).
	2. usługi terapeutyczne w miejscu zamieszkania – ………… godzin miesięcznie (należy podać wartość pomiędzy 2 a 8).
	3. usługi w postaci półkolonii terapeutycznych: □TAK □ NIE
5. Oświadczam, że przyjąłem/łam do wiadomości, iż usługi świadczone w ramach Projektu podlegają częściowej odpłatności i zobowiązuję się do regulowania należności z tego tytułu.
6. Oświadczam, że kandydat na Uczestnika Projektu nie otrzymuje analogicznego wsparcia, jakie zaplanowano w Projekcie w ramach działań towarzyszących Programowi Operacyjnemu Pomoc Żywnościowa 2014-2020.
7. W przypadku zakwalifikowania Uczestnika do Projektu, zobowiązuję się dostarczyć, kopię dokumentacji potwierdzającej zgodność Uczestnika Projektu ze wskazaną
w Regulaminie grupą docelową.
8. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że:
	1. Zgłaszany kandydat na Uczestnika Projektu w momencie zgłoszenia korzysta z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

□TAK □ NIE

* 1. Średni miesięczny dochód kandydata na Uczestnika Projektu (w przypadku osób samotnie gospodarujących) lub dochód na osobę w rodzinie (w przypadku, gdy kandydat na Uczestnika Projektu pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z innymi osobami) ustalony zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej za rok 2020 wyniósł:

……………………………………………… zł

…………………………………

( data i podpis)