*Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie*

**FORMULARZ UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**„LUBUSKIE NA RZECZ RODZIN”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI** (wypełnić czytelnie drukowanymi literami) | | | | |
| **Imię** | |  | | |
| **Nazwisko** | |  | | |
| **Obywatelstwo** | |  | | |
| **Osoba z krajów trzecich** (spoza UE) | | □ tak □ nie | | |
| **Osoba obcego pochodzenia** (spoza Polski) | | □ tak □ nie | | |
| **PESEL** | |  | | |
| **Status na rynku pracy** | | □ osoba bierna zawodowo  □ inne | | |
| **DANE TELEADRESOWE** (wypełnić czytelnie drukowanymi literami) | | | | |
| **Miejscowość** |  | | **Gmina** |  |
| **Powiat** |  | | **Kod pocztowy** |  |
| **Numer telefonu** |  | | **Adres e-mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** (właściwe zaznaczyć) | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | □ tak □ nie □ odmowa |
| Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie | □ tak □ nie □ odmowa |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem  z dostępu do mieszkań | □ tak □ nie |

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią „Regulaminu uczestnictwa w projekcie” i akceptuję jego warunki, a tym samym spełniam wymogi uczestnictwa w projekcie. Jestem świadoma/y, że złożenie podpisanego Formularza uczestnictwa jest jednoznaczne z deklaracją woli uczestnictwa w projekcie. Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, potwierdzam że podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Miejscowość i data Podpis uczestnika/uczestniczki\*

………………………………………. ……………………………………….

\* W przypadku **OSOBY MAŁOLETNIEJ** formularz **MUSI** zostać podpisany przez jej **OPIEKUNA PRAWNEGO** lub **SPRAWUJĄCEGO OPIEKĘ** zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym

|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK PORADNI** | |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Typ rodziny objętej wsparciem** | □ adopcyjna □ biologiczna □ zastępcza |
| **Wiek** | □ poniżej 18 roku życia  □ wiek 18 - 29 lat  □ wiek 55 lat i więcej |
| **Pierwszeństwo udziału**  **w projekcie** | □ a □ b □ c □ d □ e □ f □ g □ h □ i |

podpis pracownika poradni

………………………………………

**OŚWIADCZENIA DODATKOWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU** | |
| Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, potwierdzam że jestem osobą (zaznaczyć właściwe):  a) o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności;  b) z niepełnosprawnością sprzężoną;  c) z chorobami psychicznymi;  d) z niepełnosprawnością intelektualną;  e) z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10);  f) korzystającą z programu FE PŻ;  g) zamieszkującą samotnie;  h) w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonym bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego);  i) osobą wychowującą się poza rodziną biologiczną. | |
| **Podpis uczestnika/uczestniczki projektu\*** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE OPIEKUNA OSOBY MAŁOLETNIEJ** | |
| Wyrażam zgodę na samodzielny powrót mojego dziecka/podopiecznego ........................................................ z zajęć grupowych/indywidualnych realizowanych w......................................... przez ……………………………………………………………………… Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka po zakończonych zajęciach. | |
| **Podpis opiekuna\*** |  |

\* W przypadku **OSOBY MAŁOLETNIEJ** formularz **MUSI** zostać podpisany przez jej **OPIEKUNA PRAWNEGO** lub **SPRAWUJĄCEGO OPIEKĘ** zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym.