



Załącznik nr 1 do uchwały nr/2018 Zarządu Powiatu z dnia2018 r.

Załącznik do Regulaminu uczestnictwa

FORMULARZ DANYCH INDYWIDUALNYCH UCZESTNIKA

Projekt „Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczyńskim”

Forma wsparcia:

Miejsce: Łęczna

Dane projektu

Numer umowy	RPLU.11.02.00-06-0062/17-00
Nazwa beneficjenta	Powiat Łęczyński
Tytuł projektu	Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczyńskim
Okres realizacji projektu	Maj 2018 – grudzień 2019

Dane uczestnika projektu otrzymującego wsparcie (instytucjonalne)

Nazwa instytucji	<input type="checkbox"/> * Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej <input type="checkbox"/> Ośrodek Rewalidacyjno – Wychowawczy w Łęcznej
Adres instytucji - województwo	Lubelskie
Adres instytucji - powiat	Łęczyński
Adres instytucji - gmina	Łęczna
Adres instytucji - miejscowość	Łęczna
Adres instytucji - kod pocztowy w formacie (xx -xxx)	21-010 Łęczna
Adres instytucji - ulica, nr budynku i nr lokalu	
Adres e-mail instytucji	
Telefon kontaktowy instytucji	

Należy wstawić znak X we właściwy kwadrat

Dane uczestnika projektu otrzymującego wsparcie indywidualne

Rodzaj uczestnika	
Kraj	
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Płeć	
Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
Województwo (zamieszkania)	
Powiat (zamieszkania)	
Gmina(zamieszkania)	

Miejscowość i kod pocztowy (zamieszkania)	
Ulica, numer budynku, numer lokalu	
Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
Adres e-mail	
Telefon kontaktowy	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe
Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
Data zakończenia udziału w projekcie	
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
Wykonywany zawód	
Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia)	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu

Osoba należąca do mniejszości narodowej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymieniona powyżej)	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

KRYTERIA FORMALNE

Oświadczam, iż spełniam poniższe kryteria formalne:

- osoba chętna do udziału w Projekcie nie korzystająca dotąd ze wsparcia PCPR w Łącznej/ORW w Łącznej;
- osoba korzystająca ze wsparcia PCPR w Łącznej w latach:.....
 - osoba korzystająca ze wsparcia ORW w Łącznej w latach:.....
 - osoba niesamodzielna tak nie
 - jestem kandydatem do pełnienia funkcji rodziny zastępczej, tak nie
 - osoba z niepełnosprawnością poniżej 16 roku życia: tak nie
rodzaj niepełnosprawności:
 - osoba z niepełnosprawnością powyżej 16 roku życia tak nie
rodzaj i stopień niepełnosprawności:.....
 - rodzic zastępczy tak nie
 - rodzic dziecka z niepełnosprawnością tak nie
rodzaj niepełnosprawności dziecka:.....



- osoba opiekująca się osobą niesamodzielną i/lub niepełnosprawną, tak nie
rodzaj/stopień niepełnosprawności
- podopieczny/podopieczna rodzinnej pieczy zastępczej tak nie
- rodzic przeżywający trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych
 tak nie od
- osoba korzystająca z POPŻ 2014-2020 tak nie
miejsce przyznawanego wsparcia

Dodatkowe kryteria rekrutacyjne

(proszę zaznaczyć krzyżykiem w odpowiedniej rubryce,
za każde z kryteriów przysługuje 10 pkt., za ostatnie 5 pkt.)

Oświadczam, iż przynależę do następującej grupy:	Tak	Nie
• osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt. 13 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020,		
• osoby o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi,		
• osoby z zaburzeniami psychicznymi zdefiniowane w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego,		
• osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o których mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie,		
• osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 – zakres wsparcia dla tych osób i/lub rodzin w ramach projektu nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje w PO PZ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ.		
• rodzina zastępcza, w której jest minimum 3 dzieci (przysposobionych lub własnych łącznie),		
Opinia ze szkoły, do której uczęszcza dziecko o potrzebie wsparcia specjalistycznego – 5 pkt.		

CZĘŚĆ V WYBÓR FORMY WSPARCIA

Rodzaj wsparcia skierowanego do UP	Dzieci i młodzież, w tym z niepełnosprawnością	
	Terapia sensoryczna	<input type="checkbox"/>
	Trening interpersonalny	<input type="checkbox"/>
	Hortiterapia	<input type="checkbox"/>
	Terapia – dźwiękowa stymulacja sensoryczna	<input type="checkbox"/>
	Wsparcie specjalistyczne w zakresie: <input type="checkbox"/> dietetyki <input type="checkbox"/> seksuologii <input type="checkbox"/> psychoterapii <input type="checkbox"/> psychiatrii	<input type="checkbox"/>
	Rodzice/opiekunowie/osoby z niepełnosprawnością	
	Trening interpersonalny	<input type="checkbox"/>
	Hortiterapia	<input type="checkbox"/>
	Terapia – dźwiękowa stymulacja sensoryczna	<input type="checkbox"/>
	Wsparcie specjalistyczne w zakresie: <input type="checkbox"/> dietetyki <input type="checkbox"/> seksuologii <input type="checkbox"/> psychoterapii <input type="checkbox"/> psychiatrii	<input type="checkbox"/>
	Szkolenia doskonalące dla rodzin – zwiększenie kompetencji w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczo-wychowawczych oraz doskonalenia osób sprawujących pieczę zastępczą	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Doskonalenie umiejętności opiekuńczo-wychowawczych, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stwarzających trudności wychowawcze (1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Efektywna pomoc dzieciom – doskonalenie umiejętności opiekuńczych (wg PRIDE/szkolenie kandydatów na rodziców zastępczych, 1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Problemy wynikające z opieki nad niepełnosprawnym dzieckiem (1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Uzależnienia wśród młodzieży i Profilaktyka uzależnień (1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Sposoby radzenia z zachowaniami agresywnymi wśród rodziców, dzieci i młodzieży (1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Jak budować swój autorytet – warsztaty dla rodziców (1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu (1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Praca z dzieckiem z FAS i ze spektrum FAS (1 dzień, 8h) <input type="checkbox"/> Metoda dialogu motywującego – praca z trudnym nastolatkiem (1 dzień, 8h)	



- Wczesne wykrywanie/rozpoznawanie zachowań autodestrukcyjnych dzieci i młodzieży (1 dzień, 8h)
- Jak budować więzi w rodzinie zastępczej? (1 dzień, 8h)
- Akceptacja (1 dzień, 8h)
- Współpraca rodzica zastępczego z rodziną biologiczną dziecka (ustalenie granic, egzekwowanie ograniczeń praw do dziecka, określenie wspólnych celów) (1 dzień, 8h)
- Radzenie sobie ze stresem (1 dzień, 8h)
- Komunikacja wg Marshalla Rosenberga (1 dzień, 8h)

.....
Data i podpis uczestnika projektu

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

W związku z przystąpieniem do projektu pn. „**Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczyńskim**” realizowanego przez Powiat Łęczyński w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowej 11 Włączenie społeczne, Działanie 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących mojej sytuacji po zakończeniu udziału w ww. projekcie w terminie do 4 tygodni od zakończenia w nim udziału.

.....
miejsowość , data

.....
czytelny podpis uczestnika
czytelny podpis rodzica/opiekuna
prawnego

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

1. Samodzielnie zgłaszam chęć udziału i korzystania z form wsparcia proponowanych w ramach projektu „Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczyńskim” współfinansowanym przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 realizowanym przez Powiat Łęczyński.
2. Zamieszkuję na terenie województwa lubelskiego.
3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa (z własnej inicjatywy) w projekcie „Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczyńskim” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i akceptuję zawarte w nim warunki.
5. Zostałam/em poinformowana/y, że projekt jest realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020.
6. Zostałam/em poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
7. Zostałam/em poinformowana/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w Projekcie. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Beneficjenta/Realizatora tj. Powiatu Łęczyńskiego/Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej/Ośrodka Rewalidacyjno-Wychowawczego w Łęcznej.
8. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Koordynatora projektu/Kierownika merytorycznego o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu rekrutacyjnym.
9. Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.
10. Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018r. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, form doskonalenia, monitoringu i ewaluacji projektu.
11. Oświadczam, że zostałam/łam poinformowany/a o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, przetwarzanych przez Beneficjenta projektu.
12. Oświadczam, że zostałam/łam poinformowany/a, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym wprowadzane są do systemu SL, którego celem jest gromadzenie informacji na temat osób i instytucji korzystających ze wsparcia w ramach RPO WL 2014-2020, oraz określenie efektywności realizowanych zadań w procesie badań ewaluacyjnych.

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym/deklaracji uczestnictwa są zgodne z prawdą.

.....
miejsowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

UWAGA: W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby niepełnoletniej deklaracja powinna zostać podpisana zarówno przez daną osobę, jak również jej prawnego opiekuna



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wizerunku do celów związanych z promocją projektu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą być zamieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie jest dobrowolne.

.....
miejsowość , data

.....
czytelny podpis uczestnika lub czytelny podpis rodzica

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTU

Obowiązek informacyjny realizowany w związku z art. 13 i art. 14 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 oraz zgoda na przetwarzanie szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie zbiorów:

- 1. Uczestnicy projektów dofinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020,**
- 2. Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych.**
 - I. W związku z przystąpieniem do projektu pn. „Ośrodek Wsparcia Rodzin w Powiecie Łęczynskim” oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż:**
 - 1) Administratorem moich danych osobowych jest odpowiednio:
 - a. Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin dla zbioru nr 1.
 - b. Minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego z siedzibą przy ul. Wspólnej 2/4, 00-926 Warszawa dla zbioru nr 2.
 - 2) Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 na podstawie:
 - a. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiającego przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 320, z późn. zm.),
 - b. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470, z późn. zm.),
 - c. Ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 (Dz. U. z 2017 r., poz. 1460 z późn. zm.),
 - d. rozporządzenia wykonawczego Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi (Dz. Urz. UE L 286 z 30.09.2014, str. 1).
 - 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu:
 - a. udzielenia wsparcia uczestnikom projektu z uwzględnieniem rekrutacji, działań informacyjnych, monitorowania, sprawozdawczości, ewaluacji, kontroli i audytu prowadzonych w zakresie projektu – dotyczy zbioru nr 1.
 - b. realizacji projektu, w szczególności potwierdzania kwalifikowalności wydatków, udzielania wsparcia uczestnikom Projektu, ewaluacji, monitoringu, kontroli, audytu, sprawozdawczości oraz działań informacyjno-promocyjnych, w ramach Programu – dotyczy zbioru nr 2.
 - 4) Moje dane osobowe zostały powierzone do przetwarzania:

- a. Instytucji Zarządzającej RPO WL 2014-2020, której funkcję pełni Województwo Lubelskie z siedzibą przy ul. Artura Grottgera 4, 20-029 Lublin,
- b. Beneficjentowi/partnerom realizującym projekt -Powiat Łęczyński – Starostwo Powiatowe w Łęcznej, Al. Jana Pawła II 95a, 21-010 Łęczna (nazwa i adres beneficjenta oraz ewentualnych partnerów),
- c. podmiotom, które na zlecenie beneficjenta uczestniczą w realizacji projektu – Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Łęcznej, ul. Staszica 9, 21-010 Łęczna, Ośrodek Rewalidacyjno – Wychowawczy w Łęcznej, ul. Litewska 16, 21-010 Łęczna, oraz podmioty realizujące wsparci na podstawie usług zleconych wykazane w złączniku. (nazwa i adres ww. podmiotów)¹.

Moje dane osobowe mogą zostać powierzone podmiotom realizującym badania ewaluacyjne lub kontrole i audyt RPO WL 2014-2020 na zlecenie ministra właściwego do spraw rozwoju regionalnego, Instytucji Zarządzającej lub beneficjenta.

- 5) Moje dane mogą zostać udostępnione Prezesowi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na podstawie art. 71 ust. 2 ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020 w związku z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 3a i 3c ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.).
- 6) Podanie danych jest warunkiem koniecznym otrzymania wsparcia, a odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.
- 7) W terminie do 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji.
- 8) W ciągu trzech miesięcy po zakończeniu udziału w projekcie udostępnię dane dot. mojego statusu i sytuacji na rynku pracy, a także informacje na temat: udziału w kształceniu lub szkoleniu, uzyskania kwalifikacji lub nabycia kompetencji oraz innych zmian, które nastąpiły w procesie aktywizacji społeczno-zawodowej.²
- 9) Moje dane osobowe będą przetwarzane w Centralnym systemie teleinformatycznym SL2014 zgodnie z *Wytycznymi w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
- 10) Moje dane osobowe będą przechowywane do czasu rozliczenia Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020 oraz zakończenia archiwizowania dokumentacji.
- 11) Mogę skontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych wysyłając wiadomość na adres: ul. Grottgera 4, 20-029 Lublin.
- 12) Mam prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
- 13) Mam prawo dostępu do treści swoich danych.
- 14) Mam prawo żądania sprostowania swoich danych lub żądania ograniczenia ich przetwarzania.
- 15) Mam obowiązek zaktualizować moje dane teleadresowe w przypadku, gdy ulegną one zmianie przed zakończeniem udziału w projekcie.
- 16) Moje dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.
- 17) Moje dane osobowe nie będą poddawane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji.

¹ Podpunkt c należy wykazać, w przypadku, gdy beneficjent powierzył przetwarzanie danych osobowych podwykonawcy.

² Dotyczy projektów, w których występuje obowiązek monitorowania efektywności zatrudnieniowej, społecznej lub zawodowej.



II. Uwagi dotyczące formularza zgłoszeniowego uczestnika projektu i przetwarzania szczególnych kategorii danych osobowych:

1. W celu rozpoczęcia udziału osoby w projekcie niezbędne jest podanie przez nią lub jej opiekuna prawnych danych w zakresie określonym w załączniku nr 13 do *Wytycznych w zakresie warunków gromadzenia i przekazywania danych w postaci elektronicznej na lata 2014-2020*.
2. Osoba zgłaszająca się do projektu może odmówić podania szczególnych kategorii danych osobowych w zakresie:
 - a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
 - b. Osoba z niepełnosprawnościami
 - c. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
3. Niekompletność danych w ww. zakresie nie oznacza niekwalifikowalności danego uczestnika z wyjątkiem sytuacji, kiedy projekt skierowany jest do grup charakteryzujących się przedmiotowymi cechami, wówczas odmowa ta skutkuje brakiem możliwości weryfikacji kwalifikowalności uczestnika oraz prowadzi do niezakwalifikowania się do udziału w projekcie.

III. Oświadczenie dotyczące podania szczególnych kategorii danych osobowych w formularzu zgłoszeniowym uczestnika: (należy zaznaczyć właściwe pole w ramach każdego punktu)

- 1) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji

- 2) Osoba z niepełnosprawnościami

wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji

- 3) Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej niż wymienione poniżej:

- a. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- b. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- c. Osoba z niepełnosprawnościami
- d. Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących
- e. w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
- f. Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu

wyrażam zgodę na podanie informacji odmawiam podania informacji

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU