Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

w usłudze mieszkalnictwa wspomaganego

dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi Formularz zgłoszeniowy dotyczy:

* osoby z niepełnosprawnościami,
* rodzica / opiekuna osoby z niepełnosprawnościami.

**Formularz zgłoszeniowy   
do uczestnictwa w usłudze mieszkalnictwa wspomaganego dla  
osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi**zgodnie ze standardem opracowanym w ramach projektu

„Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób   
z niepełnosprawnościami sprzężonymi”

Zwracam się z wnioskiem o przyznanie wsparcia w formie usług mieszkalnictwa wspomaganego zgodnie ze standardem usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi opracowanym w ramach Projektu „Sami-Dzielni! Nowe standardy mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi“.

*[Zakres danych osobowych określa Realizator.]*

1. Imię i nazwisko:…………………………………………………………….

2. Data urodzenia: …………………………………………………………….

3. PESEL: …………………………………………………………….

4. Płeć: …………………………………………………………….

5. Wykształcenie: ……………………

6. Adres zamieszkania i dane teleadresowe

Ulica: …………………………………………………………….

Numer budynku: …………………………………………………………….

Numer lokalu: …………………………………………………………….

Kod pocztowy: …………………………………………………………….

Miejscowość: …………………………………………………………….

Gmina: …………………………………………………………….

Powiat: …………………………………………………………….

Województwo: …………………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego: …………………………………………………………….

Adres e-mail osoby ubiegającej się o korzystanie z usług lub jej opiekuna: …………………………………………………………….

7. Status osoby:

- osoba pracująca – miejsce zatrudnienia (dotyczy również osoby pracującej na własny rachunek)

- osoba ucząca się – miejsce nauki: ……,

- inne: ……….

**CZĘŚĆ DOTYCZĄCA TYLKO OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

Dokument potwierdzający niepełnosprawność sprzężoną

1.orzeczenie o ……………………………….……………… nr ………….……………….. z dnia ……………….……... na czas określony do ………………………/  
orzeczenie stałe\* wydane przez ……………..……………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………..………………………………….…….………………………………………………………………………………………………., **z którego wynika występowanie niepełnosprawności sprzężonej (załącznik nr 1 do formularza)** lub

2.orzeczenie o ………………………………….……………. nr ……………………….….. z dnia ………………… na czas określony do………………………………  
/orzeczenie stałe\* wydane przez…………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………...…………………………….……. (załącznik nr 1 do formularza) i zaświadczenie lekarskie nr ……………………… z dnia ………………………… o współwystępowaniu dysfunkcji innej niż wymienionej w orzeczeniu (załącznik nr 2).

\* Niepotrzebne skreślić

………………………………………………

**Data i podpis Kandydata** i jego opiekuna prawnego   
lub innej osoby działającej za tę osobę –  
w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

**OŚWIADCZENIA OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

1. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w usłudze mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i zobowiązuję się do jego stosowania.
2. Jestem świadoma/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowegonie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w usłudze.
3. Potwierdzam wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego (przekazanie Klauzuli Informacyjnej zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO) przez administratora danych osobowych, którym jest ........................................................................, w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych niezbędnych do objęcia usługą mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
4. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych / jestem osobą ubezwłasnowolnioną częściowo / jestem osobą ubezwłasnowolnioną całkowicie\*.
5. Oświadczam, że spełniam warunki określone w § 3 ust. 3 ust. 1-3 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w usłudze mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
6. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów źródłowych potwierdzających wiarygodność złożonych oświadczeń. Jednocześnie zobowiązuję się naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do…………………….

………………………………………………

**Data i podpis Kandydata** i jego opiekuna prawnego lub innej osoby działającej za tę osobę – w przypadku osób ubezwłasnowolnionych

**OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA**

1. Oświadczam, że sprawuję faktyczną opiekę nad ………………………………………….. (imię i nazwisko), tj. osobą z niepełnosprawnością sprzężoną.
2. Oświadczam, iż ww. osoba pozostająca pod moją opieką jest osobą posiadającą pełną zdolność do czynności prawnych / ubezwłasnowolnioną częściowo / ubezwłasnowolnioną całkowicie\*.
3. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w usłudze mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi i zobowiązuję się do jego stosowania.
4. Jestem świadoma/y, że złożenie Formularza zgłoszeniowegonie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w usłudze.
5. Potwierdzam wypełnienie wobec mnie obowiązku informacyjnego (przekazanie Klauzuli Informacyjnej zgodnie z art. 13 lub art. 14 RODO) przez administratora danych osobowych, którym jest .............................................................................., w związku z przetwarzaniem moich danych osobowych niezbędnych do realizacji usługi mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
6. Oświadczam, że nie podlegam wyłaczeniu z powodów określonych w §3 ust. 3 pkt 3-9, 11-12 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w usłudze mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi.
7. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów źródłowych potwierdzających wiarygodność złożonych oświadczeń. Jednocześnie zobowiązuję się naprawienia wszelkich szkód wywołanych złożeniem niezgodnego ze stanem faktycznym oświadczenia, w szczególności do zapłaty na rzecz ........................................................... kwoty odpowiadającej kwocie wydatków uznanych za niekwalifikowalne z uwagi na niespełnianie przez osobę wskazaną w pkt 1 kryteriów udziału w usłudze, wraz z ewentualnymi odsetkami.

………………………………………………

**Data i podpis Kandydata** (opiekuna/rodzica)

…………………………………………………

(imię i nazwisko Kandydata / rodzica / opiekuna)

**KLAUZULA ZGODY**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie zawartym w formularzu zgłoszeniowym, stanowiącym załącznik nr 1 do Regulaminu oraz w formularzu Diagnozy kandydata, stanowiącego załącznik nr 2 do Regulaminu, przez Administratora, tj. …..w celu …….

………………………………………………

(data, podpis Kandydata)

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie poprzez przesłanie na adres siedziby …………, pisma z oświadczeniem o cofnięciu zgody.

.…………………..………………..…………

(data, podpis Kandydata)

KLAUZULA INFORMACYJNA[[1]](#footnote-1)

1. Obowiązek informacyjny wypełnia podmiot realizujący usługę mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z niepełnosprawnościami sprzężonymi. [↑](#footnote-ref-1)