



Załącznik nr 1 do Regulaminu - Formularz zgłoszeniowy

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Zgłaszam chęć udziału w szkoleniu w ramach projektu „NGO - równorzędny partner w procesie stanowienia prawa”.

Data rozpoczęcia szkolenia	Miejsce szkolenia

FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI!

DANE ORGANIZACJI PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROJEKTU	
Nazwa organizacji	
NIP	
Typ instytucji	<input type="checkbox"/> organizacja pozarządowa <input type="checkbox"/> inny typ instytucji
DANE TELEADRESOWE	
Ulica/nr budynku/nr lokalu	
Kod pocztowy/Miejscowość	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	
DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO PROJEKTU	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)



	<input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)
Status Pana/Pani na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikroprzedsiębiorstw oraz małych i średnich przedsiębiorstw) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
Miejsce zatrudnienia (nazwa)	
Czy należy Pan/Pani do mniejszości narodowej lub etnicznej, jest Pan/Pani migrantem lub osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy jest Pan/Pani jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Czy Pan/Pani jest osoba z niepełnosprawnościami?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Czy Pan/Pani jest w innej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



DANE KONTAKTOWE	
Ulica/nr budynku/nr lokalu	
Kod pocztowy/Miejscowość	
Gmina	
Powiat	
Województwo	
Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	
DODATKOWE INFORMACJE	
Jestem osobą niepełnosprawną *	<p>* w świetle przepisów ustawy z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz.U. 2021 poz. 573 z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (tj. Dz.U. 2020 poz. 685 z późn. zm.), tj. osoba z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (jeśli tak, do formularza należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności potwierdzoną za zgodność z oryginałem)</p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
Doświadczenie w zaangażowaniu w konsultacje publiczne oraz debatę publiczną dotyczącą powszechnie obowiązujących aktów prawa	<p><input type="checkbox"/> do roku <input type="checkbox"/> powyżej 1 roku ale poniżej 2 lat <input type="checkbox"/> powyżej 2 lat ale poniżej 4 lat <input type="checkbox"/> powyżej 4 lat ale poniżej 6 lat <input type="checkbox"/> powyżej 6 lat</p>
Opis doświadczenia w zaangażowaniu w konsultacje publiczne oraz debatę publiczną dotyczącą powszechnie obowiązujących aktów prawa	
Potrzebuję wsparcia w postaci:	<p><input type="checkbox"/> tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej <input type="checkbox"/> dieta bezglutenowa <input type="checkbox"/> dieta bezmięсна</p>



	<input type="checkbox"/> inne, jakie?.....
Czy Pan/Pani będzie wnioskować o zwrot kosztów dojazdu na zajęcia?	<input type="checkbox"/> tak * <input type="checkbox"/> nie * zwrot kosztów dojazdu przysługuje w momencie, gdy zajęcia odbywają się poza miejscowością zamieszkania
Czy Pan/Pani będzie wnioskować o zapewnienie noclegu?	<input type="checkbox"/> tak * <input type="checkbox"/> nie * dotyczy Uczestników/Uczestniczek zamieszkujących w miejscowości innej niż miejsce w której odbywa się szkolenie, gdy szkolenie dla tej samej grupy będzie trwało co najmniej kolejne 2 dni

Pouczony/ pouczona o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

- Oświadczam, iż zostałem/-am uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszej Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
- Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu. O wszelkich zaistniałych zmianach po złożeniu formularza zgłoszeniowego zobowiązuję się poinformować niezwłocznie realizatora projektu.
- Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „NGO – równorzędny partner w procesie stanowienia prawa” realizowanym przez Warmińsko-Mazurski Sejmik Osób Niepełnosprawnych.
- Oświadczam, że spełniam kryteria grupy docelowej określone w projekcie „NGO – równorzędny partner w procesie stanowienia prawa”.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „NGO – równorzędny partner w procesie stanowienia prawa”, akceptuję zawarte w nim zasady i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
- Oświadczam, że jestem świadomy/a, że złożenie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

Miejscowość, data

czytelny podpis reprezentanta organizacji pozarządowej

Miejscowość, data

czytelny podpis uczestnika/uczestniczki