Załącznik nr 9 do umowy – Deklaracja uczestnika projektu grantowego

****

**Deklaracja uczestnika projektu grantowego w ramach projektu**

**„Skalowanie innowacji społecznej Opieka domowa na terenach wiejskich”**

Działając w imieniu *(nazwa Grantobiorcy)* ……………………………………… ..……… deklaruję chęć udziału w projekcie pt.: „Skalowanie innowacji społecznej Opieka domowa na terenach wiejskich”, współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, realizowanym w partnerstwie: Stowarzyszenie Ośrodek Wspierania Organizacji Pozarządowych, Fundacja Hospicjum Proroka Eliasza, Stowarzyszenie Centrum Wspierania Aktywności Lokalnej CAL z siedzibą w Warszawie.

1. **Dane podmiotu**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa podmiotu** | |  | | | | |
| Adres | | | | | | |
| **Województwo:** | | |  | | | |
| **Powiat:** | | |  | | **Gmina:** |  |
| **Miejscowość:** | | |  | | **Kod pocztowy:** |  |
| **Ulica:** | | |  | | | |
| **Nr budynku:** |  | | **Nr lokalu:** |  | | |
| **Telefon kontaktowy:** | | |  | | | |
| **Adres e-mail** | | |  | | | |
| Telefon | |  | | | | |
| E-mail | |  | | | | |
| NIP | |  | | | | |
| REGON | |  | | | | |
| Typ instytucji | | * Jednostka administracji rządowej; * Jednostka samorządu terytorialnego lub jednostka organizacyjna JST * Organizacja pozarządowa * Podmiot ekonomii społecznej: * w tym przedsiębiorstwo społeczne * w tym podmiot reintegracyjny WTZ, ZAZ, KIS, CIS * w tym podmiot sfery gospodarczej * w tym podmiot działający w sferze pożytku publicznego * Podmiot wykonujący działalność leczniczą * Przedsiębiorstwo * w tym mikroprzedsiębiorstwo * w tym małe przedsiębiorstwo * w tym średnie przedsiębiorstwo * w tym duże przedsiębiorstwo | | | | |
| Typ rejestru i numer w rejestrze (zaznacz i uzupełnij właściwe) – dotyczy PES | | * KRS, nr……………….. * Wpis w Starostwie Powiatowym/UM, nr…………. * Wpis w Sądzie Rejonowym, nr………………….. | | | | |
| Dane osób reprezentujących podmiot zgodnie ze statutem bądź właściwym rejestrem : imię i nazwisko, pełniona funkcja | |  | | | | |
| Imię i nazwisko osoby do kontaktów roboczych wraz z numerem telefonu i adresem e-mail | |  | | | | |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**miejscowość, data czytelny Podpis**

1. **Dane uczestnika**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika:** | | | | | | | | | | | |
| **Imię:** | |  | | | | | | | | | |
| **Nazwisko:** | |  | | | | | | | | | |
| **PESEL:** | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie:** | | **Niższe niż podstawowe**(brak formalnego wykształcenia)  **Podstawowe** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)  **Gimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)  **Ponadgimnazjalne** (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej, wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe)  **Policealne** (kształcenie ukończone po zakończeniu edukacji na poziomie ponadgimnazjalnym, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)  **Wyższe** (pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym) | | | | | | | | | |
| **Dane kontaktowe:** | | | | | | | | | | | |
| **Województwo:** | | |  | | | | | | | | |
| **Powiat:** | | |  | | | | | **Gmina:** | |  | |
| **Miejscowość:** | | |  | | | | | **Kod pocztowy:** | |  | |
| **Ulica:** | | |  | | | | | | | | |
| **Nr budynku:** |  | | **Nr lokalu:** | | |  | | | | | |
| **Telefon kontaktowy:** | | |  | | | | | | | | |
| **Adres e-mail** | | |  | | | | | | | | |
| **Status** **osoby na rynku pracy  w chwili przystąpienia do projektu**: | osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów | | | | | | osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | | | | |
| **w tym:** | | osoba długotrwale bezrobotna | | | | | | | | |
| osoba bierna zawodowo | | **w tym:** | | osoba ucząca się  osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu  inne | | | | | | |
| osoba pracująca | | **w tym:** | | w administracji rządowej  w administracji samorządowej  w MMŚP *(mikro, małych, średnich przedsiębiorstwach)*  w organizacji pozarządowej  prowadząca działalność na własny rachunek  w dużym przedsiębiorstwie[[1]](#footnote-1)  inne | | | | | | |
| Wykonywany zawód | | instruktor praktycznej nauki zawodu  nauczyciel kształcenia ogólnego  nauczyciel wychowania przedszkolnego  nauczyciel kształcenia zawodowego  pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia  kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej  pracownik instytucji rynku pracy  pracownik instytucji szkolnictwa wyższego  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  rolnik  inny, jaki? ……………………………………………………… | | | | | | | | |
| **Nazwa instytucji/podmiotu, w którym osoba jest zatrudniona:** | | | |  | | | | | | | |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | | | | | | |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | | | Tak | | Nie | | | | Odmawiam podania  informacji | | |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | | | Tak | | Nie | | | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | Tak | | Nie | | | | Odmawiam podania  informacji | | |
| ***W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK,*** *proszę napisać czy w związku z niepełnosprawnością ma Pan/Pani jakieś specjalne potrzeby ( np. konieczność tłumacza j. migowego, asystent/ka osoby niepełnosprawnej itp.)* | | | …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………..… | | | | | | | | |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | | | Tak | | Nie | | | | Odmawiam  podania informacji | | |
|  | | |  | | | | | | | |

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że:

a) Wyrażam zgodę i deklaruję swój udział w projekcie „Skalowanie innowacji społecznej Opieka domowa na terenach wiejskich” realizowanym w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

b) Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\* na wykorzystanie mojego wizerunku do celów projektowych, w szczególności do promowania i upowszechniania projektu na stronach internetowych, materiałach filmowych, prasie, w publikacjach itp. na potrzeby realizacji projektu „Skalowanie innowacji społecznej Opieka domowa na terenach wiejskich” (zgodnie z Ustawą o prawie autorskim i prawach pokrewnych z dnia 04.02.1994 r. (Dz. U. 1994 nr 24 poz. 83 art. 81 z późn. zm.);

c) zostałem/am poinformowany/a, iż projekt ten jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Ja niżej podpisany/a potwierdzam prawdziwość podanych przeze mnie danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji, jak również w innych dokumentach dotyczących Projektu. Jednocześnie zostałem/-am pouczony/-a oraz jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej wynikającej z Kodeksu Karnego za składanie oświadczeń nieprawdy lub zatajenie prawdy.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*miejscowość, data czytelny Podpis uczestnika/czki projektu\**

1. duże przedsiębiorstwo to przedsiębiorstwo zatrudniające powyżej 249 pracowników [↑](#footnote-ref-1)