

Załącznik nr 1

*Załącznik nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w szkoleniach dla kadry mieszkań wspomaganych, organizowanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu, w ramach projektu pn. „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA**

**udziału w szkoleniach dla kadry mieszkań wspomaganych**

**w ramach projektu *Niezależne życie – wypracowanie standardu
i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych,*** realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 Oś priorytetowa II Efektywne polityki publiczne dla rynku pracy, gospodarki i edukacji, Działanie 2.8 Rozwój usług społecznych świadczonych
w środowisku lokalnym.

|  |
| --- |
| **ZGŁOSZENIE UDZIAŁU (proszę zaznaczyć grupę szkoleniową)** |
| **□ Paczków □ Opole 1 – Paczków i gmina ościenna****□ Biała □ Opole 2 – Biała i gminy ościenne** **□ Brzeg □ Opole 3 – Brzeg i gminy ościenne** |
| **DANE OSOBOWE I DANE TELEADRESOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**  |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Płeć |  |
| 5 | Wykształcenie | * wyższe w dziedzinie nauk społecznych (ekonomia i finanse, nauki o zarządzaniu i jakości, nauki prawne, nauki socjologiczne, w tym praca socjalna, pedagogika, psychologia, nauki medyczne, nauki o zdrowiu (pielęgniarstwo, zdrowie publiczne);
* wyższe I lub II stopnia na kierunku praca socjalna, dyplom ukończenia kolegium pracowników służb społecznych;
* wyższe na kierunku lub w specjalności terapia zajęciowa, terapeuta zajęciowy, animacja czasu wolnego, animator czasu wolnego oraz studnia podyplomowe z zakresu terapia zajęciowa;
* średnie medyczne w zawodzie terapeuta zajęciowy; tytuł zawodowy terapeuty zajęciowego/dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie terapeuty zajęciowego;
* średnie oraz ukończona szkoła policealna z tytułem zawodowym opiekuna medycznego lub asystenta osoby niepełnosprawnej/dyplom w zawodzie opiekun medyczny, asystent osoby niepełnosprawnej lub osoby starszej.
* średnie oraz doświadczenie w pracy z osobami i rodzinami wymagającymi wparcia, w tym z osobami z niepełnosprawnościami i osobami starszymi.
 |
| 6 | Rodzaj uczestnika | * indywidualny
* pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu
 |
| 7 | Kraj |  |
| 8 | Województwo |  |
| 9 | Powiat |  |
| 10 | Gmina |  |
| 11 | Obszar zamieszkania | * obszar miejski
* obszar wiejski
 |
| 12 | Miejscowość zamieszkania |  |
| 13 | Kod pocztowy |  |
| 14 | Ulica |  |
| 15 | Nr budynku |  |
| 16 | Nr lokalu |  |
| 17 | Telefon kontaktowy |  |
| 18 | Adres e-mail |  |
| 19 | Status na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy.
* Osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy.
* Osoba bierna zawodowo.
* Osoba pracująca.
 |
| 20 | Obszar zatrudnienia | * Osoba pracująca w administracji rządowej.
* Osoba pracująca w administracji samorządowej.
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie.
* Osoba pracująca w mikro- małe i średnie przedsiębiorstwa
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej.
* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek.
 |
| 21 | Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | * Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.
* Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.
* Osoba z niepełnosprawnościami.
* Żadne z powyższych.

*Proszę zaznaczyć odpowiedź/odpowiedzi, które odnoszą się do Pani/a sytuacji społecznej.* |
| 22 | Stanowisko |  |
| 23 | Nazwa instytucji |  |
| 24 | NIP |  |
| 25 | Typ instytucji | * Jednostka administracji rządowej,
* Jednostka samorządy terytorialnego (bez szkół i placówek oświatowych),
* Organizacja pozarządowa,
* Ośrodek wsparcia ekonomii społecznej,
* Placówka systemu oświaty,
* Podmiot ekonomii społecznej,
* Szkoła,
* Uczelnia lub jednostka organizacyjna uczelni,
* Inne(jakie?)………………………………………………………………………………………………….
 |
| 26 | Województwo |  |
| 27 | Powiat |  |
| 28 | Gmina |  |
| 29 | Miejscowość |  |
| 30 | Ulica |  |
| 31 | Nr budynku |  |
| 32 | Numer lokalu |  |
| 33 | Kod pocztowy |  |
| 34 | Specjalne potrzeby | * Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ………………………………………………….…… ……………………………………………….………..…… ……………………………………………………….…..…
* Zapewnienie tłumacza języka migowego?
* Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?
* Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych?

Jeśli TAK, proszę opisać jakie:……………………..….……………………………….……………………………….* Inne specjalne potrzeby? Jeśli TAK, proszę opisać jakie: ………………………………………………………………

……………………………………………………….……… |
| **OŚWIADCZENIA** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, iż podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że składanie oświadczeń niezgodnych ze stanem faktycznym podlega odpowiedzialności.Potwierdzam, że zostałam/em poinformowana/y, że ww. projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.Potwierdzam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w różnych formach wsparcia organizowanych przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu w ramach projektu pn. „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych” .......................................... ………………………………………………..  **Data Podpis osoby zgłaszającej się** |  **Podpis osoby zgłaszającej się** ............................................... |

 |
| Wyrażam zgodę na uczestnictwo Pani/a …………………………………………………………….. w szkoleniach organizowanych w ramach projektu pt.: „Niezależne życie – wypracowanie standardu i przeprowadzenie pilotażu w zakresie usług mieszkalnictwa wspomaganego dla osób z chorobami neurologicznymi, w tym z chorobą Alzheimera i chorobą Parkinsona oraz osób starszych”, realizowanego przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Opolu. Oświadczam, iż ww. osoba jest pracownikiem: …………………………………………………………………….. ……………………………………………………..(nazwa instytucji)

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis i pieczęć imienna przełożonego** | ............................................... **Pieczęć instytucji** ………………………….. |

 |