



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

nr POIG.08.03.00-14-075/10

„Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu w gminie Itża”

KATEGORIA WNIOSKODAWCY

Oświadczam że spełniam przynajmniej jedno z niżej wymienionych kategorii beneficjentów ostatecznych deklarujących swój udział w Projekcie *(właściwe zakreślić)*

☐ Gospodarstwa domowe spełniające kryterium dochodowe upoważniające do otrzymania wsparcia w ramach systemu świadczeń z pomocy społecznej tj. dochód w rodzinie na osobę nie przekracza miesięcznie **456 zł netto** lub **542 zł netto** dla osób samotnie gospodarujących oraz spełniające kryterium dochodowe upoważniające do otrzymania wsparcia w ramach systemu świadczeń rodzinnych tj. dochód na osobę w rodzinie nie przekracza **539 zł netto** lub **623 zł netto** jeśli w rodzinie jest dziecko niepełnosprawne (zgodnie z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej t.j. Dz. U. z 2013 roku poz. 182 oraz art. 4 ust. 2 Ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych - Dz.U. z 2006 r. nr 139, poz. 992 ze zmianami).

☐ Dzieci i młodzież, *(w imieniu których wnioszek składają rodzice lub opiekunowie prawni)*, które zgodnie z ustawą z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2004 r. Nr 256 poz. 2572 z późn. zm.) uprawnione są do otrzymywania stypendium socjalnego i miesięczna wysokość dochodu na osobę w rodzinie nie może być większa niż kwota **456 zł netto** (zgodnie z art. 8 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej t.j. Dz. U. z 2013 roku poz. 182).

☐ Osoby niepełnosprawne *(z orzeczoną niepełnosprawnością, stopniem niepełnosprawności lub niezdolnością do pracy)* spełniające kryterium dochodowe upoważniające do otrzymania wsparcia w ramach systemu świadczeń z pomocy społecznej tj. dochód w rodzinie na osobę nie przekracza miesięcznie **456 zł netto** lub **542 zł netto** dla osób samotnie gospodarujących (zgodnie z art. 8 ust. 1 lub 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 roku poz. 182)).

☐ Rodziny zastępcze posiadające orzeczenie sądu opiekuńczego na podstawie, którego pełnią tymczasową opiekę nad dzieckiem zgodnie z ustawą z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887 z późn. zmianami).



1. DANE UCZESTNIKA ZGŁASZANEGO DO PROJEKTU (załączyć oświadczenie o dochodach i zaświadczenie o korzystaniu z pomocy w M.G.O.P.S. w Iłży)

Imię i nazwisko					
Data urodzenia		Miejsce			
PESEL		Wiek			
Płeć		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		Siedziba szkoły, do której uczęszcza uczeń	
Rodzaj szkoły do której uczęszcza (wypełnić jeśli dotyczy)		<input type="checkbox"/> podstawowa <input type="checkbox"/> gimnazjum <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalna <input type="checkbox"/> nie dotyczy			
Adres zameldowania					
Rodzaj zameldowania		<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe			
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Pocztą	
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Pocztą	
Oświadczenie o niepełnosprawności (wypełnić jeśli dotyczy - należy załączyć kserokopię orzeczenia oraz oryginał do wglądu)					
Stopień niepełnosprawności (w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych)		<input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> LEKKI		<input type="checkbox"/> WAŻNE DO: <input type="checkbox"/> BEZTERMINOWE	
Orzeczenie o niepełnosprawności (dzieci do 16 roku życia)		Wydane na (dane dziecka) : ur. WAŻNE DO:			
Inny stopień niepełnosprawności (na podstawie przepisów o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społ.)	 (określić orzeczoną niezdolność do pracy lub grupę inwalidzką)			
Rodzaj niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> schorzenie narządu ruchu <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe <input type="checkbox"/> schorzenie narządu wzroku <input type="checkbox"/> inne (proszę wpisać jakie) <input type="checkbox"/> schorzenie narządu słuchu			

2. DANE RODZICA LUB OPIEKUNA – JEŚLI DOTYCZY (w przypadku rodzin zastępczych należy załączyć kserokopię postanowienia sądu oraz oryginał do wglądu)

Imię i nazwisko					
Data urodzenia		Miejsce			
PESEL		Wiek			
Płeć		<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M		Rodzaj, seria i nr dok. tożsamości	
Adres zameldowania					
Rodzaj zameldowania		<input type="checkbox"/> stałe <input type="checkbox"/> czasowe			
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Pocztą	
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku gdy jest inny niż adres zameldowania)					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy		Pocztą	
Dane kontaktowe					
Tel. stacj.		Tel. kom.		Adres e-mail	



Krótkie uzasadnienie udziału w projekcie

.....
.....
.....

Oświadczenia:

1. Świadomy(a) odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) **oświadczam**, że wszystkie dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. **Oświadczam, że w moim gospodarstwie domowym nie ma** (właściwie zakreślić):
☐ urządzeń, przyłączy itp. umożliwiających dostęp do Internetu,
☐ komputera.
3. **Oświadczam, iż****otrzymuje/nie otrzymuje**¹ stypendium socjalne.
(imię i nazwisko ucznia)
4. **Oświadczam**, iż zapoznałem(am) się z Regulaminem Rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „**Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu w gminie Iłża**”, **akceptuję** jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
5. **Oświadczam**, że zostałem(am) poinformowany(a), że niniejszy Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.
6. **Zobowiązuję się** do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.
7. **Przyjmuję** do wiadomości, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego będącego jednocześnie deklaracją uczestnictwa w Projekcie nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem mnie do Projektu.
8. **Przyjmuję** do wiadomości, że decyzja Komisji Rekrutacyjnej jest ostateczna i nie służy od niej odwołanie.
9. Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r., (Dz. U. nr 133 poz. 883 z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji, ewaluacji, monitoringu i sprawozdawczości projektu „**Przeciwdziałanie wykluczeniu cyfrowemu w gminie Iłża**” realizowanego przez Gminę Iłża w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka. Zostałem(am) poinformowany(na) o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis Wnioskodawcy)²

Uwaga: Do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię dowodu osobistego Wnioskodawcy.

Formularze zgłoszeniowe należy składać osobiście do 17.05.2013 w Urzędzie Miejskim w Iłży (Biuro Obsługi Klienta pok. nr 3)

¹ wypełnić jeśli dotyczy i załączyć kserokopie decyzji o przyznaniu stypendium socjalnego

² w przypadku ucznia lub osoby niepełnosprawnej, która nie ukończyła 18 roku życia formularz zgłoszeniowy podpisuje rodzic lub opiekun prawny