

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie  
„Klikam, więc jestem” (wniosek nr 10837)

## FORMULARZ APLIKACYJNY do Projektu „Klikam, więc jestem”

dofinansowanego ze środków programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+”  
na lata 2021-2025

|                                                                                         |                                                                          |                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| <b>Data wpływu Formularza Aplikacyjnego:</b><br>(wypełnia Beneficjent Projektu)         |                                                                          |                                                                            |
| <b>Podpis osoby przyjmującej Formularz Aplikacyjny:</b> (wypełnia Beneficjent Projektu) |                                                                          |                                                                            |
| <b>Nr w rejestrze ewidencyjnym:</b><br>(wypełnia Beneficjent Projektu)                  |                                                                          |                                                                            |
| <b>Załączniki do Formularza Aplikacyjnego:</b>                                          | Deklaracja uczestnictwa w Projekcie                                      | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b> |
|                                                                                         | Oświadczenie o niepełnosprawności                                        | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b> |
|                                                                                         | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych odbiorcy w tym danych wrażliwych | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b> |

**UWAGA! - Prosimy wypełniać CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI  
lub wstawić „X” w białych pustych polach**

| DANE KANDYDATA/TKI                                                                              |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|----------|--|---------|--|--|-----------|
| Imię, imiona                                                                                    |  |  |  |  |  |  | Nazwisko |  |         |  |  |           |
| Data urodzenia                                                                                  |  |  |  |  |  |  | Płeć     |  | Kobieta |  |  |           |
| PESEL                                                                                           |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  | Mężczyzna |
| Wiek w chwili przystąpienia do Projektu<br>(uzupełnia osoba przyjmująca Formularz Aplikacyjny): |  |  |  |  |  |  |          |  |         |  |  |           |

|                                                                                                             |                                                |                                                                                      |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| Wykształcenie                                                                                               | <input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe | <input type="checkbox"/> podstawowe                                                  | <input type="checkbox"/> gimnazjalne |
|                                                                                                             | <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne      | <input type="checkbox"/> policealne                                                  | <input type="checkbox"/> wyższe      |
| <b>ADRES ZAMIESZKANIA (WEDŁUG KODEKSU CYWILNEGO<sup>1</sup>)</b>                                            |                                                |                                                                                      |                                      |
| Ulica                                                                                                       |                                                | Nr domu                                                                              |                                      |
| Kod pocztowy                                                                                                |                                                | Miejscowość                                                                          |                                      |
| Poczta                                                                                                      |                                                | Gmina                                                                                |                                      |
| Powiat                                                                                                      |                                                | Województwo                                                                          |                                      |
| Kraj                                                                                                        |                                                |                                                                                      |                                      |
| <b>ADRES KORESPONDENCYJNY</b><br>(uzupełnić tylko jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż zamieszkania) |                                                |                                                                                      |                                      |
|                                                                                                             |                                                |                                                                                      |                                      |
| <b>DANE KONTAKTOWE</b>                                                                                      |                                                |                                                                                      |                                      |
| Telefon kontaktowy                                                                                          |                                                |                                                                                      |                                      |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail)                                                                        |                                                |                                                                                      |                                      |
| <b>OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ</b>                                             |                                                |                                                                                      |                                      |
| <b>Oświadczam, że:</b>                                                                                      |                                                |                                                                                      |                                      |
| 1. jestem osobą w wieku                                                                                     |                                                | <input type="checkbox"/> poniżej 60 lat<br><input type="checkbox"/> 60 lat i powyżej |                                      |
| 2. zamieszkuję w województwie wielkopolskim, w jednym z powiatów: obornickim, szamotulskim, poznańskim      |                                                | <input type="checkbox"/> TAK<br><input type="checkbox"/> NIE                         |                                      |

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks Cywilny (Dz. U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.

## INFORMACJE DODATKOWE

### Oświadczam, że:

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. jestem osobą z niepełnosprawnościami<br>(w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573, z późn. zm.), lub osoby z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123) | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b><br><input type="checkbox"/> <b>ODMOWA ODPOWIEDZI</b> |
| w związku z posiadaną przeze mnie niepełnosprawnością posiadam specjalne potrzeby, które ułatwiłyby mi udział w oferowanych wsparciach w ramach niniejszego Projektu                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>NIE ZGŁASZAM</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE DOTYCZY</b>                                     |
| dostosowanie przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                                      |
| zapewnienie specjalistycznej formy materiałów                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                                      |
| zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                                      |
| zapewnienie tłumacza języka migowego                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                                      |
| inne (np. specjalne wyżywienie)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                                      |
| wsparcie asystenta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> <b>TAK</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                                      |
| 2. zamieszkuję teren wiejski                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>TAK (+ 10 PKT.)</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                          |
| 3. zamieszkuję teren miejsko-wiejski                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> <b>TAK (+ 5 PKT.)</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                           |
| 4. zamieszkuję teren miejski                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> <b>TAK (+ 0 PKT.)</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                           |
| 5. nie korzystam lub mam ograniczone umiejętności obsługi komputera, smartfona i Internetu                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> <b>TAK (+ 5 PKT.)</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>                                           |

|                                                                                                                                       |                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 6. jestem osobą zagrożoną wykluczeniem cyfrowym/osobą samotną/o niskich dochodach/z ograniczonym dostępem do nowoczesnych technologii | <input type="checkbox"/> <b>TAK (+ 10 PKT.)</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b> |
| 7. nie brałem/am udziału w podobnym Projekcie                                                                                         | <input type="checkbox"/> <b>TAK (+ 5 PKT.)</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>  |
| 8. jestem osobą bez zatrudnienia                                                                                                      | <input type="checkbox"/> <b>TAK (+ 5 PKT.)</b><br><input type="checkbox"/> <b>NIE</b>  |
| <b>Łączna liczba uzyskanych punktów:</b>                                                                                              | <b>..... pkt.</b>                                                                      |

**Dane zawarte w Formularzu Aplikacyjnym zostały zweryfikowane na podstawie przedstawionego przez Kandydata/tkę dokumentu tożsamości.**

### OŚWIADCZENIA

Świadoma/-y odpowiedzialności prawnej, jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych i oświadczeń:

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Klikam, więc jestem” (wniosek 10837) oraz akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.
2. Oświadczam, że zawarte w Formularzu Aplikacyjnym dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuje się do poinformowania FUNDACJI AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ BESTWAY w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w Formularzu Aplikacyjnym.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/ danych osobowych wrażliwych zawartych w Formularzu Aplikacyjnym i Oświadczeniu o niepełnosprawności zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt. a ) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE ( ogólne rozporządzenie o ochronie danych ) przez Beneficjenta realizującego Projekt do celów związanych z realizacją Projektu.
4. Oświadczam, że podany przeze mnie numer telefonu jest aktywny i zobowiązuję się, że będę za pośrednictwem telefonicznym odbierać na bieżąco informację dotyczące udziału w rekrutacji, w tym w szczególności informacje dotyczące zakwalifikowania bądź niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie.
5. Oświadczam, iż zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r. poz. 880 z późn. zm.) wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w materiałach promocyjnych oraz dokumentujących realizację Projektu. Utrwalanie wizerunku może być dokonywane za pomocą fotografii, filmów lub nagrań. Ponadto zrzekam się

wszelkich roszczeń (zarówno istniejących w chwili podpisania oświadczenia, jak i przyszłych) z tytułu wykorzystywania mojego wizerunku/głosu/wypowiedzi na potrzeby określone w oświadczeniu.

6. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy Projekt jest dofinansowany ze środków rządowego programu wieloletniego na rzecz Osób Starszych „Aktywni+” na lata 2021-2025 oraz wkładu własnego FUNDACJI AKTYWIZACJI SPOŁECZNEJ BESTWAY.
7. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza Aplikacyjnego nie jest równoznaczne z przyjęciem mnie do Projektu.
8. Przyjmuję do wiadomości, że decyzja Beneficjenta realizującego Projekt jest ostateczna i nie służy od niej odwołanie.
9. Podanie danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art.233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. kodeks Karny (Dz.U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553 z późn. zm.) potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych zamieszczonych w niniejszym Formularzu aplikacyjnym, oświadczeniach oraz załącznikach. O zmianach zaistniałych po złożeniu formularza zgłoszeniowego zobowiązuję się informować w ciągu 7 dni.

.....  
**data i podpis Kandydata/tki Projektu**