



Załącznik 1

do Regulaminu Uczestnictwa w Projekcie przyjętego Zarządzeniem Nr WSO.0050.1.0053.2011 Burmistrza Miasta i Gminy Swarzędz z dnia 28 czerwca 2011 r.

Wniosek złożono w dniu | dzień | mc | 2011 r.

Burmistrz Miasta i Gminy Swarzędz
ul. Rynek 1
62-020 Swarzędz

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do projektu pn.:
„Ochrona najbardziej potrzebujących mieszkańców Gminy Swarzędz przed
wykluczeniem cyfrowym – Etap II”

1. DANE OSOBOWE (wnioskodawcy/uczestnika projektu/beneficjenta ostatecznego)

NAZWISKO I IMIĘ	DATA URODZENIA	MIEJSCE URODZENIA
PESEL	WIEK	PŁEĆ
		<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe
DOKUMENT TOŻSAMOŚCI	Rodzaj: <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport	Seria i nr:
ADRES ZAMELDOWANIA (ul./os., nr, miejscowość, kod pocz., Powiat, województwo)	DANE KONTAKTOWE (tel., Tel. kom.)	IŁOŚĆ CZŁONKÓW RODZINY
		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10
ADRES ZAMIESZKANIA (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)		

2. UZASADNIENIE UDZIAŁU W PROJEKCIE (krótkie uzasadnienie potrzeby udziału w projekcie)

3. DOSTĘP DO SPRZĘTU KOMPUTEROWEGO W MIEJSCU ZAMIESZKANIA

KOMPUTER	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> STACJONARNY <input type="checkbox"/> PRZENOŚNY
MARKA/MODEL/ ROK ZAKUPU		

4. OŚWIADCZENIE W SPRAWIE DOCHODÓW ZA 2010 ROK

Ja niżej podpisany (a)

.....
(imię nazwisko Wnioskodawcy)

Zamieszkały (a)

.....
(Miejscowość, ulica/osiedle, nr domu, kod pocztowy)

niniejszym oświadczam, że w 2010 roku uzyskałem(am) łączny dochód netto w wysokości: zł netto (bez podatku i składek ZUS).

Ponadto oświadczam, że razem ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym pozostają następujące osoby:

IMIĘ	NAZWISKO	STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (np. mąż/żona/ syn/córka)	WIEK	Uczeń	ŁĄCZNY DOCHÓD NETTO za 2010 rok (w zł bez podatku i składek ZUS)
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
				<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

5. SPOSÓB WYLICZENIA ŚREDNIEGO MIESIĘCZNEGO DOCHODU NETTO NA OSOBĘ:

$$\begin{array}{l} \text{Średni miesięczny dochód netto} \\ \text{(członków gospodarstwa)} \end{array} = \frac{\text{Łączny dochód netto}}{12}$$

$$\begin{array}{l} \text{Średni miesięczny dochód netto na osobę} \\ \text{(członków gospodarstwa)} \end{array} = \frac{\text{średni miesięczny dochód netto}}{\text{liczba osób w gospodarstwie domowym}}$$

Oświadczam, że wysokość średniego miesięcznego dochodu netto w przeliczeniu na jednego członka rodziny pozostającego ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym
– wynosizł. słownie:(.....)

.....
/miejsowość, data/
/czytelny podpis wnioskodawcy,

6. OŚWIADCZENIA UCZESTNIKA:

1. Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553 z późniejszymi zmianami) oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu Zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.
3. Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka.
4. Przyjmuję do wiadomości, że złożenie Formularza Zgłoszeniowego **nie** jest jednoznaczne z przyjęciem mnie do projektu.
5. Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r., Dz. U. nr 133 poz. 863, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu. Zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.
6. Zapoznałem(-am) się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie „Ochrona najbiedniejszych mieszkańców Gminy Swarzędz przed wykluczeniem cyfrowym – Etap II” realizowanym przez Gminę Swarzędz.
7. Oświadczam, iż zamieszkuję i jestem zameldowany(-a) na terenie objętym zasięgiem geograficznym Projektu , tj. w: Gminie Swarzędz.

.....
/miejsowość, data/ /czytelny podpis wnioskodawcy,

7. OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – jeśli dotyczy

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

Imię, nazwisko i wiek osoby niepełnosprawnej: _____

lat _____

Stopień niepełnosprawności :

- znaczny – ze szczególnymi schorzeniami
- znaczny – pozostałe
- umiarkowany – ze szczególnymi schorzeniami
- umiarkowany – pozostałe
- lekki

Orzeczenie wydane jest na czas nieokreślony / określony do dnia.....

.....
/miejsowość, data/
/czytelny podpis wnioskodawcy,

Uwaga! W przypadku, gdy w gospodarstwie domowym zamieszkują więcej niż jedna osoba niepełnosprawna, niniejszą stronę formularza należy powielić.

UWAGA!

W wyniku zakwalifikowania się do projektu uczestnik zobowiązany jest dostarczyć:

- a) dokumenty potwierdzające wysokość uzyskiwanych dochodów (np. PIT za 2010 rok).
- b) poświadczenia sytuacji materialnej rodziny z właściwego terenowego Ośrodka Pomocy Społecznej - jeżeli wykazany średni miesięczny dochód netto na osobę w gospodarstwie domowym uprawnia do ubiegania się o dofinansowanie na podstawie ustawy o pomocy społecznej,
- c) orzeczenie o niepełnosprawności – jeżeli dotyczy.