

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA SZKOLENIE**  
**„Źródła finansowania Podmiotów Ekonomii Społecznej – GRANTY”**

**Termin szkolenia:** 14 grudnia 2018 r.  
**Miejsce szkolenia:** Centrum Szkoleń i Innowacji, Al. Raławickie 8/18A, Lublin, sala Zielona  
**Ilość godzin:** 8 godzin dydaktycznych

Formularz należy złożyć do dnia **09 grudnia 2018 roku** w Biurze Stowarzyszenia:  
Stowarzyszenie Modrzew, ul. Raławicka 38-44 p. 307, 21-040 Świdnik, lub przesłać e-mailem: szkolenia@modrzew.org

DANE UCZESTNIKA SZKOLENIA			
Imię i nazwisko:			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Adres do korespondencji:			
Telefon		E-mail:	
Data i miejsce urodzenia			
Preferowany rodzaj posiłku:	<input type="checkbox"/> Wegetariański	<input type="checkbox"/> Mięsny	
MOTYWACJA DO UCZESTNICTWA W SZKOLENIU			
INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE			
1. Jestem już klientem Ośrodka Wsparcia Ekonomii Społecznej w Świdniku, brałem udział w innych formach wsparcia w ramach projektu „Lubelski Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej” <i>Jeżeli NIE to po zakwalifikowaniu na szkolenie <b>obowiązkowo trzeba będzie dołączyć wypełniony formularz udziału w projekcie.</b></i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
2. Jestem zainteresowany/a założeniem Podmiotu Ekonomii Społecznej - przedsiębiorstwa społecznego <i>(m.inn: organizacji pozarządowej z działalnością gospodarczą)</i>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3. Jestem przedstawicielem/ką Podmiotu Ekonomii Społecznej <i>Jeżeli TAK, proszę podać dane instytucji podmiotu Ekonomii Społecznej:</i> <b>Nazwa:</b> <b>Adres:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Status w podmiocie, który reprezentuję <i>(dot. tylko osób zgłaszanych jako przedstawiciel PES)</i>	<input type="checkbox"/> Członek	<input type="checkbox"/> Pracownik	<input type="checkbox"/> Wolontariusz

<b>4. Jestem przedstawicielem/ką podmiotu prowadzącego działalność gospodarczą, deklarującego chęć przekształcenia się w przedsiębiorstwo społeczne</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>5. Jestem przedstawicielem/ką Jednostki Samorządu Terytorialnego (JST) i/lub jedn organizacyjnej JST</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>6. Jestem osobą wykluczoną lub zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym, w tym:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
a) osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającej co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b) osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; tj.: <input type="checkbox"/> bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> uzależnioną od alkoholu <input type="checkbox"/> uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających <input type="checkbox"/> chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotną w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy <input type="checkbox"/> zwalnianą z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej <input type="checkbox"/> osobą niepełnosprawną, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych która podlega wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie jest w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajduje się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c) osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz osobą z rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d) osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
e) osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym i/lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
f) osobą z niepełnosprawnością – osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
g) osobą z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, gdzie co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
h) osobą zarejestrowaną w Urzędzie Pracy, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
i) osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
j) osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
k) osobą odbywającą karę pozbawienia wolności;	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
l) osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>7. Jestem osobą, która uczestniczyła w programie na rzecz integracji ukierunkowanych na aktywizację oraz reintegrację społeczno-zawodową, lub programie reintegracji i rehabilitacji społeczno-zawodowej, w projekcie w ramach Działania 11.1 oraz Działania 11.2 RPO WL 2014- 2020, której ścieżka reintegracji wymaga dalszego wsparcia w ramach Działania 11.3 RPO WL, w tym w:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
a) osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
b) osobą z niepełnosprawnościami sprzężonymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
c) osobą z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
d) osobą z zaburzeniem psychicznym,	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
e) osobą opuszczającą podmiot reintegracyjny (Centrum Integracji Społecznej, Klub Integracji Społecznej, Warsztat Terapii Zajęciowej, Zakład Aktywizacji Zawodowej )	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
f) wychowankiem opuszczającym instytucję i/lub rodzinną formę pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jeżeli w pkt 7 zaznaczono TAK, proszę podać dane instytucji realizującej program. <b>Nazwa:</b> <b>Adres:</b> <b>Telefon:</b>		

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby realizacji projektu. Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679.

.....  
data

.....  
podpis