**Deklaracja uczestnictwa w projekcie nr …………………../**

**Świdnickie Maluchy/2017 - rodzice/opiekunowie dzieci do lat 3**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu:** | „ŚWIDNICKIE MALUCHY” |
| **Nr projektu:** |  |
| **Nazwa Programu Operacyjnego:** | Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020 |
| **Działanie:** | 8.4 Godzenie życia zawodowego i prywatnego |
| **Poddziałanie:** | 8.4.4 Godzenie życia zawodowego i prywatnego - ZIT AW |

**DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZIECKA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka | | Płeć: | |
|  | | K | M |
| Tel. Kontaktowy | E-mail | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Adres zamieszkania rodzica/opiekuna:  *Ulica, nr domu/nr lokalu kod pocztowy, miejscowość* |  |
| Gmina: |  |
| Województwo: | DOLNOŚLĄSKIE |
| Powiat: |  |
| PESEL: | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| Wiek: |  |

**DANE DZIECKA/DZIECI**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko dziecka | | Płeć: | |
|  | | K | M |
| Stan zdrowia dziecka (istotne informacje z punktu widzenia opieki w przedszkolu) | | | |
|  | | | |
| PESEL: | DATA URODZENIA: | Wiek: | |
| \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:  *(dołączyć orzeczenie)* | | tak | nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko dziecka | | Płeć: | |
|  | | K | M |
| Stan zdrowia dziecka (istotne informacje z punktu widzenia opieki w przedszkolu) | | | |
|  | | | |
| PESEL: | DATA URODZENIA: | Wiek: | |
| \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:  *(dołączyć orzeczenie)* | | tak | nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona) i nazwisko dziecka | | Płeć: | |
|  | | K | M |
| Stan zdrowia dziecka (istotne informacje z punktu widzenia opieki w przedszkolu) | | | |
|  | | | |
| PESEL: | DATA URODZENIA: | Wiek: | |
| \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | |
| Dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:  *(dołączyć orzeczenie)* | | tak | nie |

|  |  |
| --- | --- |
| Adres zamieszkania dziecka/dzieci:  *Ulica, nr domu/nr lokalu kod pocztowy, miejscowość* |  |
| Gmina: |  |
| Województwo: | DOLNOŚLĄSKIE |
| Powiat: |  |

**STATUS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe):**

* Jestem osobą powracającą na rynek pracy po przerwie związanej z urodzeniem i wychowaniem dziecka.

|  |
| --- |
| **Nazwa zakładu pracy i adres** |
|  |
| **Stanowisko** |
|  |

* + W załączeniu przedstawiam zaświadczenie z Zakładu Pracy – o przebywaniu na urlopie rodzicielskim/wychowawczym,
* Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną/niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy (*dołączyć zaświadczenie lub oświadczenie*).
  + W załączeniu przedstawiam zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy w Świdnicy – o zarejestrowaniu w ewidencji PUP

|  |
| --- |
| **Data zarejestrowania w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świdnicy** |
|  |

* + W załączeniu przedstawiam oświadczenie, że jestem osobą bezrobotną, niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy w Świdnicy
* Dodatkowe informacje:

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Mój wyuczony zawód:** |  |
| **Mój ostatnio wykonywany zawód:** |  |

**SYTUACJA MATERIALNA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym (rodzice i dzieci) |  |
| Liczba dzieci w rodzinie |  |
| Łączny dochód w rodzinie w zł netto/m-c |  |
| Dochód w zł netto/mc/osobę |  |
| Świadczenia z których korzysta rodzic/opiekun i ich wysokość (łączna)   * Renta z tytułu niezdolności do pracy * Renta socjalna * Inne świadczenia (np. GOPS/MOPS, 500+) |  |

|  |
| --- |
| **Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?** |

* TAK
* NIE

Dodatkowe informacje:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?** |

* TAK
* NIE

Dodatkowe informacje:

|  |
| --- |
|  |
| **Jestem osobą niepełnosprawną** |

* TAK
* NIE

Dodatkowe informacje:

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **Przebywam w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** |

* TAK
* NIE

|  |
| --- |
| **Przebywam w gospodarstwie domowym z dziećmi na utrzymaniu** |

* TAK
* NIE

|  |
| --- |
| **W gospodarstwie domowym, w którym przebywam jest tylko jedna osoba dorosła** |

* TAK
* NIE

**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów realizowanego projektu pt. „ŚWIDNICKIE MALUCHY”.
3. Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a o dofinansowaniu projektu przez Unię Europejską w ramach środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego na lata 2014-2020.
4. Jednocześnie oświadczam, że zostałam / em poinformowany o odpowiedzialności wynikającej z Kodeksu Cywilnego za składanie nieprawdziwych oświadczeń.

|  |  |
| --- | --- |
| **Data podpisania deklaracji** | **Podpis osoby składającej deklarację:** |
|  |  |