



**DEKLARACJA UCZESTNICTWA I OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW
KWALIFIKUJĄCYCH DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**

„Family balance coaching – psychospołeczne wsparcie rodzin poszukujących balansu między życiem rodzinnym i zawodowym” POWR.04.03.00-00-W281/15

SESJE COACHINGOWE DLA RODZIN – FAZA TESTOWANIA

Projekt realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Priorytet IV. Współpraca ponadnarodowa i innowacje społeczne, Działanie 4.3 Współpraca ponadnarodowa

Ja niżej podpisany/a:

.....
(imię i nazwisko składającego/-ej oświadczenie)

Zamieszkały/a:.....

.....
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr budynku/lokalu)

Adres email.....

Telefon kontaktowy.....

Numer PESEL:.....

deklaruję chęć udziału w projekcie pt. „Family balance coaching – psychospołeczne wsparcie rodzin poszukujących balansu między życiem rodzinnym i zawodowym” realizowanym przez EDU Research Polska Sp. z o. o. w ramach działania 4.3 POWER, następujących osób:

1.
(Imię i nazwisko Osoby Zgłaszającej)
2.
(Imię i nazwisko Osoby Zgłaszanej nr 1, stopień pokrewieństwa, np. mąż/żona, syn/córka, ojciec/matka, brat/siostra)
3.
(Imię i nazwisko Osoby Zgłaszanej nr 2, stopień pokrewieństwa, np. mąż/żona, syn/córka, ojciec/matka, brat/siostra)
4.
(Imię i nazwisko Osoby Zgłaszanej nr 3, stopień pokrewieństwa, np. mąż/żona, syn/córka, ojciec/matka, brat/siostra)



oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności, a wsparcie proponowane w projekcie jest adekwatne do moich potrzeb, w tym:

LP	Kryterium	Odpowiedź (zaznacz odpowiednio X przy wybranej odpowiedzi)
1	Sprawuję opiekę nad osobą małoletnią	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym:	
	nad dzieckiem w wieku do lat 3	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	nad dzieckiem w wieku 3-10 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	nad dzieckiem w wieku 11-15 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	nad dzieckiem w wieku powyżej 15 lat	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Sprawuję opiekę nad osobą zależną ¹ (w tym z niepełnosprawnością, starszą, niesamodzielną)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Sprawuję opiekę nad więcej niż jedną osobą małoletnią i osobą zależną (w tym z niepełnosprawnością, starszą, niesamodzielną)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Wyrażam chęć uczestnictwa wraz z członkami mojej rodziny w działaniach projektowych oraz wyrażam chęć zmiany/poprawy obecnej sytuacji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

2. Proszę określić poziom swojej motywacji do aktywnego uczestnictwa w projekcie

(proszę otoczyć kółkiem odpowiednią cyfrę w skali 1-6, gdzie 1 - oznacza poziom bardzo niski, a poziom 6 – poziom bardzo wysoki)

1 2 3 4 5 6

3. Proszę zaznaczyć zdanie, które najlepiej opisuje Pani/Pana sytuację dotyczącą łączenia życia rodzinnego i zawodowego:

Odczuwam problemy związane z równoważeniem życia rodzinnego i zawodowego (w tym związane z zakresem i pełnieniem obowiązków)

¹ **Osoba zależna** – zgodnie z Ustawą o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy z dnia 20 kwietnia 2004 r. (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.), uznaje się osobę wymagającą, ze względu na stan zdrowia lub wiek, stałej opieki, połączoną więzami rodzinnymi lub powinowactwem z osobą objętą usługami lub instrumentami rynku pracy lub pozostającą z nią we wspólnym gospodarstwie domowym.



- Odczuwam konflikt pomiędzy pełnieniem obowiązków rodzinnych i zawodowych (w wymiarze psychicznym, czasowym)
- Odczuwam potrzebę wsparcia oraz chęć zmiany obecnej sytuacji życiowej

Jednocześnie oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Family balance coaching – psychospołeczne wsparcie rodzin poszukujących balansu między życiem rodzinnym i zawodowym”
- wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rekrutacji i obsługi Projektu „Family balance coaching – psychospołeczne wsparcie rodzin poszukujących balansu między życiem rodzinnym i zawodowym” zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz.1182, z późn. Zm.)

.....

MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....

CZYTELNY PODPIS OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE