

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Formularz zgłoszeniowy

do projektu **„Pomocni dla Ciebie”**
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020 Oś Priorytetowa 9 *Solidarne
społeczeństwo*
Działanie 9.1. *Włączenie społeczne i rozwój usług i społecznych w ramach ZIT*
Poddziałanie 9.1.2 *Rozwój usług opiekuńczych w ramach ZIT*

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data przyjęcia formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Pomocni dla Ciebie”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

Lp.	DANE PERSONALNE	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	PESEL	<div> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </div> <input type="checkbox"/> Brak PESEL
6.	Wiek	
7.	Adres zamieszkania	
	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
	f	Kod pocztowy
8.	Adres kontaktowy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)	
	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
	f	Kod pocztowy
9.	Telefon kontaktowy	
10.	Adres e-mail:	
11.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<div> <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe </div> <div> <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne </div> <div> <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe </div>



II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ		
1.	Przynależność Kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)	<p>OSOBA ZAGROŻONA UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Osoba niesamodzielną, w tym starszą i niepełnosprawną.<input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ubóstwa;<input type="checkbox"/> sieroctwa;<input type="checkbox"/> bezdomności;<input type="checkbox"/> bezrobocia;<input type="checkbox"/> niepełnosprawności;<input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby;<input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie;<input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;<input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;<input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo -wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;<input type="checkbox"/> trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;<input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;<input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii;<input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;<input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej.<input type="checkbox"/> Osoba której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego.<input type="checkbox"/> Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia.<input type="checkbox"/> Osoba niepełnosprawna ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.<input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.<input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina).<input type="checkbox"/> Osoba z obszaru zdegradowanego wyznaczonego w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji.



**OSOBA Z OTOCZENIA OSOBY ZAGROŻONEJ
UBÓSTWEM LUB WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM**

- └ Osoba pełniąca obowiązki opiekuńcze nad osobą niesamodzielną, w tym starszą i niepełnosprawną.
- └ Osoba korzystająca z pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej zgodnie z przesłankami określonymi w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:
 - └ ubóstwa;
 - └ sieroctwa;
 - └ bezdomności;
 - └ bezrobocia;
 - └ niepełnosprawności;
 - └ długotrwałej lub ciężkiej choroby;
 - └ przemocy w rodzinie;
 - └ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
 - └ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
 - └ bezradności w sprawach opiekuńczo -wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
 - └ trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą;
 - └ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
 - └ alkoholizmu lub narkomanii;
 - └ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
 - └ klęski żywiołowej lub ekologicznej.
- └ Osoba której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego.
- └ Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia.
- └ Osoba niepełnosprawna ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności.
- └ Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.
- └ Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina).
- └ Osoba z obszaru zdegradowanego wyznaczonego w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji.



KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA

2.	Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP	
		<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP	
		<input type="checkbox"/>	Osoba bierna zawodowo	
		<input type="checkbox"/>	Osoba pracująca	
		w tym:		
		<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
		Wykonywany zawód:		
		<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
		Zatrudniony w:..... Nazwa i adres miejsca zatrudnienia		



III. POZOSTAŁE INFORMACJE

		TAK	NIE	Odma- wiam podania informa- cji
Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	1.Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>Jeśli dotyczy:</i> Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie?			
	4.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej), jakiej:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

Nr	ZAŁĄCZNIKI W związku z zadeklarowaniem przez kandydata statusu osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w celu weryfikacji statusu należy przedłożyć:	ZAŁĄCZAM	NIE ZAŁĄCZAM
1.	Kserokopia orzeczenia lekarskiego lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia (dot. osoby niesamodzielnej, w tym starszej i niepełnosprawnej) lub oświadczenie osoby o niesamodzielności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Zaświadczenie dot. korzystania z pomocy społecznej lub oświadczenie osoby kwalifikującej się do objęcia wsparciem pomocy społecznej (zgodnie z art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub aktualnego orzeczenia równoważnego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenie dotyczące spełnienia kryteriów rekrutacji	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Deklaracja uczestnictwa w projekcie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....

.....

Miejscowość, data (dzień, miesiąc, rok)

Czytelny podpis Kandydata