**Załącznik nr 1** do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis Na Opiekę - wsparcie osób niesamodzielnych z obszaru ŁOM”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| LP. | Nazwa |
| 1 | Imię |
| 2 | Nazwisko |
| 3 | PESEL |
| 4 | Płeć   * Kobieta * Mężczyzna |
| 5 | Wykształcenie   * niższe niż podstawowe (ISCED 0) w sytuacji, gdy osoba nie osiągnęła   wykształcenia podstawowego   * podstawowe (ISCED 1) * gimnazjalne (ISCED 2) * ponadgimnazjalne (ISCED 3) * policealne (ISCED 4) * wyższe (ISCED 5-8) |
|  | Zamieszkanie |
| 6 | Województwo |
| 7 | Powiat |
| 8 | Gmina |
| 9 | Miejscowość |
| 10 | Ulica |
| 11 | Nr budynku Nr Lokalu |
| 12 | Kod pocztowy |
| 13 | Telefon kontaktowy |
| 14 | Adres e-mail |
| 15 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:   1. osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy 2. osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy 3. osoba bierna zawodowo 4. osoba pracująca |
| 16 | Jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś /-aś **a)** lub **b)** zaznacz:   1. osoba długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy na dzień składania formularza) 2. inne |
| 17 | Jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś **d)** zaznacz właściwe:   1. osoba pracująca w administracji rządowej 2. osoba pracująca w administracji samorządowej 3. osoba pracująca w MMŚP 4. osoba pracująca w organizacji pozarządowej 5. osoba prowadząca działalność na własny rachunek 6. osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie 7. inne |
| 18 | Wykonywany zawód - jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś **d)** zaznacz właściwe:   1. instruktor praktycznej nauki zawodu 2. nauczyciel kształcenia ogólnego 3. nauczyciel wychowania przedszkolnego 4. nauczyciel kształcenia zawodowego 5. pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia 6. kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej 7. pracownik instytucji rynku pracy 8. pracownik instytucji szkolnictwa wyższego 9. pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej 10. pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej 11. pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej 12. inny |
| 19 | Miejsce zatrudnienia - jeśli w pkt 15 zaznaczyłeś/-aś **d)**, wpisz wtedy nazwę pracodawcy: |
| 20 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:   * Tak * Nie * Odmowa podania informacji |
| 21 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:   * Tak * Nie |
| 22 | Osoba z niepełnosprawnościami:   * Tak * Nie |
| 23 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)   * Tak * Nie * Odmowa podania informacji |

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
2. Nie mam dostępu do świadczeń gwarantowanych.

…………………………………………………………

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: uzyskuję** dochody poniżej min. socjalnego[[1]](#footnote-1)

…………………………………………………………

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:** prowadzenie gospodarstwa jednoosobowego[[2]](#footnote-2)

…………………………………………………………

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam** orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności………………………., wydane przez ………………………………………….............................…  
w dniu …………….[[3]](#footnote-3)

…………………………………………………………

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

1. Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-3)