**Załącznik nr 1** do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Przepis na opiekę w powiecie zgierskim”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |
| --- | --- |
| LP. | Dane Kandydata/Kandydatki |
| 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)
 |
|  | Dane kontaktowe |
| 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 |
|  | Dane dodatkowe |
| 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 | Potrzeba wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (załączenie zaświadczenia od lekarza lub odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia): * Tak
* Nie
 |
| 17 | Osoba z niepełnosprawnościami (załączenie kopii odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia): * Tak
* Nie
 |
| 18 | Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnością sprzężoną (załączenie kopii odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia):* Tak
* Nie
 |
| 19 | Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną oraz z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (załączenie kopii odpowiedniego orzeczenia lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia):* Tak
* Nie
 |
| 20 | Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (weryfikacja na podstawie dokumentu wydanego przez ośrodek pomocy społecznej potwierdzający skorzystanie z programu):* Tak
* Nie
 |
| 20 | Jestem osobą i rodziną zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczający wielokrotnego wykluczenia (weryfikacja na podstawie dokumentów potwierdzających bycie osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym – umowy wsparcia, zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej potwierdzające korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej itp.)* Tak
* Nie
 |

…………………………………………………………

Data i popis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że[[1]](#footnote-1):** jestem osobą samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, możliwości**:**

…………………………………………………………

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że**[[2]](#footnote-2)**:** jestem osoba samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z  dnia 12 marca 2004r. pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości:

…………………………………………………………

Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

 **Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że[[3]](#footnote-3):** jestem osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny,

 zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości:

 …………………………………………………………

 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 ………………………………….…..……….[[4]](#footnote-4)

 …………………………………………………………

 Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego

|  |
| --- |
|  **Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:5 jestem** osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150%  Właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie  z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej)  ………………………………………………………… Data i podpis Kandydata/-ki lub Opiekuna faktycznego |

 Zweryfikowano wiek Kandydata do projektu na podstawie dokumentu tożsamości.

………………………………………………………………………

Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

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)
4. Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy”

5 Jeśli nie dotyczy Kandydata lub Kandydatki proszę wykreślić oświadczenie lub wpisać „nie dotyczy” [↑](#footnote-ref-4)