Zał. nr 2 do Regulaminu uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie „Centrum Usług Społecznych w powiecie wieruszowskim”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATA DO PROJEKTU**

**„Centrum Usług Społecznych w powiecie wieruszowskim”**

**Cześć I Wypełnia kandydat na uczestnika Projektu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE** | | | | |
| **Imię/Imiona:** |  | | | |
| **Nazwisko:** |  | | **Płeć:** | * **Kobieta** * **Mężczyzna** |
| **PESEL:** |  | | **Wiek:** |  |
| **Adres zamieszkania:** |  | | | |
| **Kraj:** |  | | | |
| **Województwo:** |  | | | |
| **Powiat:** |  | | | |
| **Miejscowość:** |  | | | |
| **Ulica:** |  | | | |
| **Numer budynku:** |  | **Numer lokalu:** | |  |
| **Kod pocztowy:** |  | **Gmina:** | |  |
| **Obszar:** | * **Miejski** * **Wiejski** | | | |
| **Telefon kontaktowy:** |  | **Adres e-mail:** | |  |
| **Adres do korespondencji:** | * **Ten sam co adres zamieszkania** | | | |
| * **Inny:** | | | |
| **Województwo** |  | | |
| **Powiat** |  | | |
| **Gmina** |  | | |
| **Kod pocztowy:** |  | | |
| **Miejscowość:** |  | | |
| **Nr budynku/lokalu:** |  | | |
| **Ulica** |  | | |
| \***Wykształcenie:** | * **Niższe niż podstawowe** * **Podstawowe** * **Gimnazjalne** * **Ponadgimnazjalne** * **Policealne** * **Wyższe** | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | | |
| \***Status zawodowy kandydata:** | **Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:** | | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym osoba długotrwale bezrobotna:** | | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji UP:** | | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym osoba długotrwale bezrobotna** | | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba bierna zawodowo:** | | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym:**   * **Osoba ucząca się** * **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** | | |
| **Osoba pracująca:** | | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym:**   * **Osoba pracująca w administracji rządowej** * **Osoba pracująca w administracji samorządowej** * **Osoba pracująca w organizacji pozarządowej** * **Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie** * **Osoba pracująca w MMŚP** * **Osoba prowadząca działalność na własny rachunek** * **inne** | | |
| \***Wykonywany zawód:** | * **instruktor praktycznej nauki zawodu** * **nauczyciel kształcenia ogólnego** * **nauczyciel wychowania przedszkolnego** * **nauczyciel kształcenia zawodowego** * **pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia** * **kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej** * **pracownik instytucji rynku pracy** * **pracownik instytucji szkolnictwa wyższego** * **pracownik wspierania rodziny i pieczy zastępczej** * **pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej** * **pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej** * **rolnik** * **inny** | |
| **Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia):** |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | |
| \***Dane wrażliwe:** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | * **Tak** * **Nie** |
| **Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności:**   * **lekki** * **umiarkowany** * **znaczny** | |
| **Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących** | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)** | * **Tak** * **Nie** |
| **Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestniczenia w Projekcie:** | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| \***Rodzaj uczestnika:** | * **Osoba niesamodzielna** |
| * **Osoba z niepełnosprawnościami** |
| * **Opiekun faktyczny** |

|  |
| --- |
| \***RODZAJ WSPARCIA** |
| * **1. Usługi opiekuńcze w Dziennym Domu Pomocy** * **2. Usługa mieszkalnictwa treningowego** * **3. Usługi mieszkalnictwa wspieranego** * **4. Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania** * **5. Usługi asystenckie w miejscu zamieszkania** * **6. Usługi wspierające dla opiekunów faktycznych – grupowe poradnictwo specjalistyczne**   **Jakie:**   * **Grupowe poradnictwo z pedagogiem** * **Grupowe poradnictwo z psychologiem** * **Grupowe poradnictwo z dietetykiem** * **Kurs I pomocy przedmedycznej** |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji Projektu przez instytucje i osoby obsługujące i przekazujące dane osobowe, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych **(Dz. U. z 2016 r. poz.922 z późn. zm.)**

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.

**………………………………………….. …….………………………………**

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika projektu\*\*

**\*** zaznaczyć właściwe odpowiedzi

**\*\*** w przypadku niemożności podpisania przez uczestnika projektu formularz podpisuje jego opiekun faktyczny

**Część II Wypełnia Realizator usługi**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY FORMULARZ REKRUTACYJNY** | |
| **Nazwa organizacji/instytucji** |  |
| **Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data rozpoczęcia udziału uczestnika  w Projekcie** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA** | | |
| \***Status społeczny kandydata:** | **Osoba niesamodzielna i/lub niepełnosprawna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej**  **150% właściwego kryterium dochodowego wynosi:**  **- na osobę samotnie gospodarującą - 951 zł,**  **- na osobę w rodzinie - 771 zł** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba niesamodzielna zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z niepełnosprawnością intelektualną** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z zaburzeniami psychicznymi** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)** | * **Tak** * **Nie** |
| **Inne:** | |

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KALIFIKUJE SIĘ\* do wzięcia udziału w projekcie w usłudze:……

…..……………………………………… …..……………………………………………

Miejscowość i data podpis pracownika dokonującego rekrutacji uczestnika

**\*** zaznaczyć właściwe odpowiedzi