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