**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Kandydata do projektu „Senior z pasją”**

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | **Senior z Pasją** |
| Nr projektu: | RPWP.07.02.02-30-0058/17 |
| Nazwa i numer Osi Priorytetowej: | **7. Włączenie społeczne**  |
| Nazwa i numer Działania: | **7.2. Usługi społeczne i zdrowotne** |
| Nazwa i numer Poddziałania: | **7.2.2. Usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe** |

|  |
| --- |
| 1. **dane uczestnika projektu**
 |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Płeć | 🞏 kobieta 🞏 mężczyzna |
| Wykształcenie | 🞏 niższe niż podstawowe 🞏 gimnazjalne 🞏 podstawowe🞏 policealne 🞏 ponadgimnazjalne 🞏 wyższe  |
| Kraj | **POLSKA** | Województwo | **Wielkopolskie**  |
| Powiat |  kaliski |
| Gmina | Stawiszyn  | Miejscowość |  |
| Ulica |  | Numer budynku |  | Numer lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  | E-mail |  |

|  |
| --- |
| **Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu** |
| 1. Osoba bezrobotna*(odpowiedź wielokrotnego zakreślenia)* | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| w tym | 🞏 osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy🞏 osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy 🞏 osoba długotrwale bezrobotna (*młodzież do 25 lat – ponad 6 miesięcy; pozostali – ponad 12 miesięcy*) |
| 2. Osoba bierna zawodowo | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| w tym | 🞏 osoba ucząca się 🞏 osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu 🞏 inne  |
| **Status uczestnika w chwili przystępowania do projektu***Istnieje możliwość odmowy udzielenia danych, jeżeli projekt nie jest kierowany do danej grupy docelowej* |
| Status osoby niesamodzielnej | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 odmowa podania informacji |
| Osoba z niepełnosprawnościami | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 odmowa podania informacji |
| Jestem osobą samotną w gospodarstwie domowym , a mój dochód nie przekracza kwoty 1 051, 50 zł | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jestem osobą żyjącą w rodzinie,w której dochód na osobę nie przekracza 792 zł. | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 TAK 🞏 NIE |
| Osoba korzystająca z programu operacyjnego pomocy żywnościowej; | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. 🞏 która nie ukończyła szkoły podstawowej *(i jest w wieku pozaszkolnym);*🞏 uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; 🞏 zwolniona z zakładu karnego; 🞏 osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art.7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w):🞏 ubóstwa; 🞏 sieroctwa; 🞏 długotrwałej lub ciężkiej choroby; 🞏 przemocy w rodzinie; 🞏 potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 🞏 potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 🞏 trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 🞏 trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 🞏 zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,🞏 klęski żywiołowej lub ekologicznej.🞏 bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;🞏 inne (jakie)……………………………………………………………………………………………… | 🞏 TAK – proszę zakreślić odpowiednie obok 🞏 NIE🞏 odmowa podania informacji |

|  |
| --- |
| **Potwierdzam prawdziwość danych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym i jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń\*** |

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

 Miejscowość, data Czytelny podpis uczestnika

\*Zgodnie z art. 233 §1 Kodeksu karnego – kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

Do formularza rekrutacyjnego należy załączyć:

1. Oświadczenie uczestnika projektu – załącznik nr 1.
2. Dokumenty potwierdzające kryterium bycia osobą niesamodzielną – zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia lub oświadczenie (załącznik nr 2).
3. Orzeczenie o niepełnosprawności (jeśli dotyczy).