**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).