

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE pn. „Zielona Przystań Powiatu”

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 7. Równowaga społeczna, 7.5. Usługi społeczne.

I. DANE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE.

KANDYDAT	
1	Imię i nazwisko
2	Nr PESEL
3	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4	Wiek w chwili przystąpienia projektu
5	Wykształcenie <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
6	Dane kontaktowe
	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Miejscowość:
	Ulica:
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres email:	

7	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia projektu do	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy)	
		<input type="checkbox"/> Bierna zawodowo, w tym:	<input type="checkbox"/> Ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne
		<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotna (powyżej 12 m-cy)	
		<input type="checkbox"/> Osoba pracująca	Wykonywany zawód: Zatrudniony w:
8	Jestem niepełnosprawny należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
9	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
10	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
11	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (niż wymienione powyżej w pkt. 8-11)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	

II. INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

KRYTERIA FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE		
Lp.		OCENA
1.	Miejsce zamieszkania kandydata na terenie powiatu słubickiego Miejscowość:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> WIEŚ <input type="checkbox"/> MIASTO (wypełnia Realizator)
2.	Czy doświadcza Pan/Pani wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)
3.	Czy Pana/ Pani dochody nie przekraczają 150% kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o ustawę o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)
4.	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)
5.	Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą niepełnosprawność sprzężoną i/lub zaburzenia psychiczne, w tym niepełnosprawność intelektualną i/lub całościowe zaburzenia rozwojowe?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)
6.	Czy jest Pan/Pani osobą samotną lub osobą samotnie gospodarującą?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)
7.	Czy chorował/a Pan/Pani na COVID-19?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)
8.	Czy jest Pan/Pani uchodźcą/-czynią z Ukrainy, tj. osobą która przyjechała na terytorium RP po dniu 24.02.2022 w związku z konfliktem zbrojnym na Ukrainie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)
9.	Czy korzysta Pan/Pani z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (dalej POPŻ), a zakres wsparcia w ramach niniejszego projektu nie będzie powielał działań, które Pan/Pani otrzymuje z POPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w POPŻ?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (wypełnia Kandydat)

III. OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Ja niżej podpisany/a.....
(imię i nazwisko)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria /nr.....,

nr PESEL.....

oświadczam, że:

- zamieszkuję na terenie powiatu ślubickiego,
- jestem osoba niesamodzielną,
- ukończyłam/em 60 rok życia,
- doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytocznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, tj.:
 - a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym,
 - c) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2019 poz. 1172 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia;
 - d) członkowie gospodarstw domowych – sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością,
 - e) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
 - f) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań – w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,
 - g) osoby odbywające kary pozbawienia wolności,
 - h) osoby korzystające z PO PŻ,
- znajduję się w niekorzystnej sytuacji finansowej, mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej,
- posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r.

o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn. zm.) w zakresie niepełnosprawności sprzężonej oraz zaburzeń psychicznych, w tym niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowych zaburzenia rozwojowych,

- jestem osobą samotną lub prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe,
- jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020,
- zapoznałam/łem się z zapisami Regulaminu uczestnictwa w projekcie, które akceptuję i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie, jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu,
- zostałam/łem poinformowana/ny, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuje się do podpisania umowy uczestnictwa w projekcie (przed otrzymanym wsparciem) i deklaracji uczestnictwa w Projekcie oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (obydwa dokumenty podpisuje się przed pierwszym dniem otrzymanego wsparcia).
- Jestem uchodźcą z Ukrainy
- Przebyłem covid

Upředzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata/tki

IV. POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA DOKUMENTÓW (wypełnia pracownik Realizatora)

Data i godzina złożenia dokumentów kandydata / kandydatki:

Data:

Godzina:

.....
Podpis pracownika

V. Wymagane dokumenty składane wraz z Formularzem rekrutacyjnym

Kryterium	Dokumenty potwierdzające
Status osoby niesamodzielnej	<u>Załączniki:</u> zaświadczenie od lekarza rodzinnego o posiadaniu statusu osoby niesamodzielnej tzn. takiej, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, kontrolowanie czynności fizjologicznych, sprząatanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu)
Niepełnosprawność	<u>Załącznik:</u> orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.
Status uchodźcy	<u>Potwierdzenie o przekroczeniu granicy po dniu 24.02.2022 r. / zaświadczenie o nadaniu nr pesel</u>
Przebyty covid	<u>Zaświadczenie od lekarza, wydruk z ikp potwierdzający status ozdrowieńca</u>

