



FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PT. „KLUB SAMOPOMOCY W GMINIE ZBÓJNO”

Projekt realizowany jest przez Gminę Zbójno/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zbójnie, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 11. Rozwój Lokalny Kierowany Przez Społeczność, Działania 11.1 Włączenie społeczne na obszarach objętych LSR Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014–2020.

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem projektu* „Klub Samopomocy w Gminie Zbójno”

Informacje wypełniane przez pracownika projektu	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

UWAGA:

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń.
2. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Zbójnie.
3. Realizator projektu zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia		Wiek:	
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Nr budynku:	<input type="text"/>	Nr lokalu:	<input type="text"/>
Miejscowość:	<input type="text"/>	Kod pocztowy:	<input type="text"/>
Gmina:	<input type="text"/>	Powiat:	<input type="text"/>
Województwo:	<input type="text"/>		



Telefon:	
Adres e-mail:	
ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisać jw.)	
Nr budynku/nr lokalu/miejscowość/ kod pocztowy/gmina/powiat/ województwo	

II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do udziału w projekcie

Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne)	1. Osoba zamieszkuje na terenie gminy Zbójno: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Osoba zamieszkująca na terenie rewitalizacji (Klonowo) wyznaczonym w Lokalnym Programie Rewitalizacji dla Gminy Zbójno na lata 2016-2026: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Osoba powyżej 60 lat: a) kobieta <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE b) mężczyzna <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym - 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 <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - osoby przebywające w pieczy zastępczej, w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej



TAK NIE

- osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich

TAK NIE

- osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198 z późn.zm.)

TAK NIE

- osoby z niepełnosprawnością, tj. osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;

TAK NIE

- 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

TAK NIE

- osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

TAK NIE

- osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań

TAK NIE

- osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego

TAK NIE

- osoby korzystające z PO PŻ

TAK NIE

5. Osoba niepełnosprawna

TAK NIE

6. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na trudności z samodzielnym wykonywaniem co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego:

spożywanie posiłków,

utrzymywanie higieny osobistej,



	<input type="checkbox"/> poruszanie się (po powierzchni płaskiej), <input type="checkbox"/> wchodzenie i schodzenie po schodach, <input type="checkbox"/> ubieranie się i rozbieranie, <input type="checkbox"/> kontrolowanie moczu (zwieracz pęcherza moczowego) <input type="checkbox"/> ubieranie się i rozbieranie, <input type="checkbox"/> mycie, kąpiel całego ciała, <input type="checkbox"/> korzystanie z toalety/wc, <input type="checkbox"/> przemieszczanie się (z łóżka na krzesło z powrotem siadanie)
	7. Miesięczny dochód netto (w miesiącu poprzedzającym złożenie formularza rekrutacyjnego) nie przekracza 150% kryterium dochodowego o którym mowa w ustawie z 12.03.2004r. o pomocy społecznej. tj.rodzina - na osobę w rodzinie jest niższy od kwoty <u>792,00 zł</u> , osoba samotnie gospodarująca <u>1051,50 zł</u> <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuje się w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zbójnie.

Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacją Regulaminu Projektu.

Miejscowość	Data	Podpis.....
-------------------	------------	-------------