



**Załącznik Nr 1D Formularz rekrutacji do projektu  
„Efekt – dostępność i rozwój usług społecznych w Kielcach”**

**dla UP – seniorów (Zad.3)**

Data wpływu.....

nr identyfikacji .....

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**I. Dane osobowe**

1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Pesel	
4.	Płeć (proszę wstawić „X” we właściwej komórce)	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	Wiek	
6.	Data i miejsce urodzenia	
7.	Adres zamieszkania/ przebywania	miejscowość:..... ulica:..... nr domu:..... nr lokalu:..... kod pocztowy:.....
	Telefon kontaktowy	
	Adres e-mail	
8.	Czy jesteś osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
9.	Czy korzystasz ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>



10.	Czy jesteś osobą bezdomną lub wykluczoną z dostępu do mieszkań?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
11.	Czy jesteś osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
12.	Jakie posiadasz wykształcenie?	<input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
13.	Czy jesteś członkiem gospodarstwa domowego, w którym przebywają osoby rezygnujące z pracy w związku z koniecznością sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością lub niesamodzielną?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
14.	Czy jesteś osobą odbywającą karę pozbawienia wolności objętą dozorem elektronicznym?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
15.	Czy korzystasz z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
16.	Czy zamieszkujesz na obszarze poddanym rewitalizacji?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
17.	Czy dochód na osobę w rodzinie przekracza 150% kryterium dochodowego z Ustawy o pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
18.	Czy jesteś osobą samotną i twój dochód przekracza 150% kryterium dochodowego z Ustawy o pomocy społecznej?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <i>Weryfikacja w bazie danych MOPR</i>
19.	Czy jesteś osobą niepełnosprawną ?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Znaczny/I gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Umiarkowany/II gr. inwalidzka <input type="checkbox"/> Lekki/III grupa inwalidzka <input type="checkbox"/> Nie
20.	Czy jesteś osobą niesamodzielną tj. ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność masz trudności w samodzielnym wykonywaniu co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
21.	Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, z zaburzeniami psychicznymi w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i całościowymi zaburzeniami rozwojowymi?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



## II. Oświadczenia:

1.	Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu karnego (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r., poz. 1950 z późn. zm.) przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że podane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
2.	Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Uczestnictwa w Projekcie, nie zgłaszam do niego zastrzeżeń i zobowiązuję się przestrzegać jego postanowień.
3.	W związku z przystąpieniem do Projektu <i>Efekt – dostępność i rozwój usług społecznych w Kielcach</i> oświadczam, że obecnie nie korzystam z tego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Kielce, dnia.....

.....

(podpis kandydata)

## III. Dołączone wymagane załączniki

Nazwa załącznika	Załączono do wniosku należy właściwą rubrykę zaznaczyć „X”  UWAGA! Pole zaciemnione wypełnia pracownik MOPR			
<b>1. Dokument potwierdzający niepełnosprawność osoby wypełniającej formularz</b>				
	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE
1.1 Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność				
<b>2. Oświadczenia</b>				
	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE
2.1 Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE

\*Kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez osobę upoważnioną (np. notariusza) lub oryginał przedłożony do wglądu i poświadczony przez pracownika socjalnego MOPR lub pracownika świetlicy (przed ostatecznym złożeniem formularza).

Kielce, .....

.....

Podpis osoby dokonującej weryfikacji