



Załącznik Nr 1D do zarządzenia 72/2020
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
22.	Status na rynku pracy	<input type="checkbox"/> osoba pracująca <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo ucząca się <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo nieucząca się <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna nie zarejestrowana w urzędzie pracy
23.	Wykonywany zawód	
24.	Miejsce zatrudnienia	
25.	Czy jesteś osobą w innej niż wymienionej powyżej niekorzystnej sytuacji społecznej?	<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 2020 r., poz. 1444 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			
1. Dokument potwierdzający niepełnosprawność osoby wypełniającej formularz				
	TAK	NIE DOTYCZY	TAK	NIE
1.1 Kserokopia* dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność				
2. Oświadczenia				
	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