

**Załącznik nr 1**do Regulaminu określającego zasady rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „Deinstytucjonalizacja i rozwój usług społecznych
w gminach Partnerstwa Wschodnie Powiśle”**FORMULARZ REKRUTACYJNY****do projektu „Deinstytucjonalizacja i rozwój usług społecznych w gminach
partnerstwa Wschodnie Powiśle”**umowa nr FEPM.05.17-IZ.00-0102/24-00 z dnia 18.02.2025 r. współfinansowanego
ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5
Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działania 5.17.
Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla
Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027)

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	
IMIĘ (IMIONA)	
NAZWISKO	
OBYWATELSTWO	<input type="checkbox"/> polskie obywatelstwo <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
PESEL	
BRAK PESEL	<input type="checkbox"/> TAK
INNY IDENTYFIKATOR	
DATA URODZENIA	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIETA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
WYKSZTAŁCENIE	średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne/ponadpodstawowe <input type="checkbox"/> policealne wyższe <input type="checkbox"/> wyższe
DANE TELEADRESOWE	
KRAJ	
WOJEWÓDZTWO	



POWIAT	
GMINA	
KOD POCZTOWY	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MIEJSCOWOŚĆ	
ULICA	
NUMER DOMU	
NUMER LOKALU	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
OSOBA POCHODZENIA OBCEGO	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANE)	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK- dołączyć kopię orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	<input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (OSOBA DO UKOŃCZENIA 16 ROKU ŻYCIA)
OSOBA ZAGROŻONA WYKLUCZENIEM SPOŁECZNYM	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA KORZYSTAJĄCA Z FE PŻ (Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA ZAMIESZKUJĄCA SAMOTNIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



OSOBA DŁUGOTRWALE I PRZEWLEKLE CHORA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA MAJĄCA CHOROBY PSYCHICZNE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA NIEZDOLNA DO SAMODZIELNEGO FUNKCJONOWANIA	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OPIEKUN OSOBY ZALEŻNEJ / OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA DOŚWIADCZAJĄCA PRZEMOCY	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA ŻYJĄCA W GOSPODARSTWIE SKŁADAJĄCYM SIĘ Z JEDNEJ OSOBY DOROSŁEJ I DZIECI POZOSTAJĄCYCH NA UTRZYMANIU	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA Z RODZINY OBJĘTEJ PRACĄ ASYSTENTA RODZINY	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
OSOBA Z RODZINY OBJĘTEJ NADZOREM KURATORA SĄDOWEGO	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	



OSOBA PRACUJĄCA	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicza <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne
OSOBA BIERNA ZAWODOWO	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> inne
OSOBA BEZROBOTNA	<input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
SZCZEGÓLNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU	
<p>Proszę wskazać szczególne potrzeby uczestnika np. zapewnienie materiałów w powiększonej czcionce, zapewnienie tłumacza języka migowego, zapewnienie środków wspomagających słuch, zapewnienie dostępności architektonicznej do niepełnosprawności ruchowej.</p>	

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:



- zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego warunki;
- zgodnie z wymogami zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i Formularzu zgłoszeniowym jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w projekcie;
- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt pt. „**Deinstytucjonalizacja i rozwój usług społecznych w gminach Partnerstwa Wschodnie Powiśle**” jest współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działania 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027).
- zawarte w formularzu dane są prawdziwe i jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania o zmianie jakichkolwiek danych i oświadczeń zawartych w formularzu.

.....
miejsowość i data

.....
**(czytelny podpis uczestnika/
prawnego opiekuna)**

Oprócz formularza rekrutacyjnego należy dostarczyć:

- kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności- jeśli dotyczy
- zaświadczenie o zamieszkiwaniu na terenie gminy Dzierżgoń
- zaświadczenie z Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Dzierżgoniu o zagrożeniu wykluczeniem społecznym