**FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA/TKI – OSOBY NIESAMODZIELNEJ**

**DO PROJEKTU**

**PT. „CENTRUM AKTYWNOŚCI SENIORA”**

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem rekrutacji w projekcie* „Centrum Aktywności Seniora”

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)** | **Fundacja Gospodarcza „Pro Europa”** |
| **Tytuł projektu**  | „Centrum Aktywności Seniora” |
| **Oś Priorytetowa** | 09. Solidarne społeczeństwo |
| **Działanie** | 09.03. Rozwój usług zdrowotnych i społecznych |
| **Poddziałanie** | 09.03.02. Rozwój usług społecznych |
| **Nr projektu** | RPKP.09.03.02-04-0060/18 |
| **Okres realizacji** | 01.03.2019 r. – 31.12.2020 r. |

|  |
| --- |
|  Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu |
| Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ) |  |
| Data, miejsce i godzina przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

UWAGA:

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.

2. Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.

3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście w Miejsko-Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Więcborku (MGOPS) lub drogą tradycyjną za pośrednictwem poczty na adres MGOPS w Więcborku, ul. Mickiewicza 22A, 89-410 Więcbork, lub za pośrednictwem faksu na numer 523895351. Dla Dokumentacji Rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem/faksem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina). W uzasadnionych przypadkach Dokumenty Rekrutacyjne zostaną dostarczone i wypełnione w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej.

4. Realizator projektu zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/TKI (OSOBY NIESAMODZIELNEJ) DO PROJEKTU**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Imię/Imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia (miasto i województwo) |  |
| Płeć | [ ]  Kobieta | [ ]  Mężczyzna |
| Seria i nr dowodu osobistego |  | Dowód osobisty wydany przez: |  |
| PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Wykształcenie | [ ]  brak[ ]  podstawowe (poziom ISCED 1)[ ]  gimnazjalne (poziom ISCED 2)[ ]  ponadgimnazjalne (poziom ISCED 3)[ ]  policealne (poziom ISCED 4)[ ]  wyższe (poziom ISCED 5-8) |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** |
| Ulica: |  |
| Nr domu: |  | Nr lokalu: |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: |  |
| Gmina: |  | Powiat: |  |
| Województwo: |  |
| Obszar zamieszkania: | [ ]  miejski  | [ ]  wiejski |
| Telefon: |  |
| Adres e-mail: |  |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisać jw.) |
| Ulica, nr domu/nr lokalu/miejscowość/kod pocztowy/gmina/powiat/województwo |  |

|  |
| --- |
| **Status kandydata** |
| **Czy jest Pan(i)** osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Czy jest Pan(i) osobą** korzystającą ze świadczeń ośrodka pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia12.03.2004 r. o pomocy społecznej. | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Czy jest Pan(i) osobą** w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)? | [ ]  TAK [ ]  NIE [ ]  ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI |

|  |
| --- |
| **Status na rynku pracy** |
| **Czy jest Pan(i)** osobą pracującą? | [ ]  TAK [ ]  NIE |
| **Jeżeli TAK**, to proszę **podać:** | 🞐 osoba pracująca w administracji rządowej🞐 osoba pracująca w administracji samorządowej🞐 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie🞐 osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie🞐 osoba pracująca w organizacji pozarządowej🞐 osoba pracująca własną działalność🞐 inneWykonywany zawód: ……………………………………………………………………Nazwa zakładu pracy: ….…………………….………………………………………..…………………………………………………………………………………………………….. |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bierną zawodowo? | [ ]  TAK [ ]  NIEw tym: 🞐 osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu 🞐 osoba ucząca się 🞐 inne |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bezrobotną **niezarejestrowaną** urzędzie pracy? | [ ]  TAK [ ]  NIE🞐 w tym: długotrwale bezrobotna |
| **Czy jest Pan(i)** osobą bezrobotną **zarejestrowaną** urzędzie pracy? | [ ]  TAK [ ]  NIE🞐 w tym: długotrwale bezrobotna |

**II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do udziału w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne)** | 1. Osoba zamieszkuje/pracuje/uczy się na terenie miasta i gminy Więcbork:[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 2. Osoba niesamodzielna: [ ]  TAK [ ]  NIE  |
| **Kryterium uczestnictwa (premiujące)** | 1. Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczona z więcej niż jednej przesłanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym): [ ]  TAK [ ]  NIE |
| 2.Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa:[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 3. Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r., Nr 127, poz. 721, późn. zm.):[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 4.Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 5.Osoba z zaburzeniami psychicznymi, (w tym os. z niepełnosprawnością intelektualną i os. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi) w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r., o ochronie zdrowia psychicznego ( Dz. U. z 2011r., nr 231, poz. 1375):[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 6. Osoba zamieszkująca na terenach zdegradowanych wyznaczonych w Uchwale XLIV/331/18 Rady Miejskiej w Więcborku w sprawie przyjęcia Lokalnego Programu Rewitalizacji Gminy Więcbork na lata 2017-2023:[ ]  TAK [ ]  NIE |
| 7. Osoba niesamodzielna, której dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w Ustawie z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej. [ ]  TAK [ ]  NIE |

Załączniki składane na etapie rekrutacji:

1. Oświadczenia Kandydata/-tki stanowiące zał. nr 1 do formularza,
2. Oświadczenie Kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (obligatoryjne) – zał. nr 2 do formularza
3. Oświadczenie Kandydata/-tki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa w projekcie (premiujące) – zał. nr 3 do formularza
4. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia dla osób ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
5. Zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia osoby niesamodzielnej.
6. Zaświadczenie lekarskie poświadczające stan zdrowia lub orzeczenie o niepełnosprawności dla osób z niepełnosprawnością sprzężoną, zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (jeśli dotyczy).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data ………………… | Miejscowość…………….…………… | Podpis\*……………..………………….. |

Zał. 1 do formularza

**OŚWIADCZENIE**

**Świadomy/-a** odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu **„Centrum Aktywności Seniora”** oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.

*……..…….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

Zał. 2 do formularza

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (KRYTERIA OBLIGATORYJNE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

☐ osobą zamieszkującą/pracującą/uczącą się\* na terenie miasta i gminy Więcbork,

☐osobą niesamodzielną

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

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*

\*niepotrzebne skreślić

Zał. 3 do formularza

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-TKI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (KRYTERIA PREMIUJĄCE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

☐osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej,

☐ osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywieniowa,

☐ osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (tj. wykluczona z więcej niż jednej przesłanki wynikającej z definicji osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym),

☐ osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym lub umiarkowanym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r., Nr 127, poz. 721, późn. zm.)

☐osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, **lub** osobą z zaburzeniami psychicznymi (w tym os. z niepełnosprawnością intelektualną i os. z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi) , w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r., o ochronie zdrowia psychicznego ( Dz. U. z 2011r., nr 231, poz. 1375);

☐osobą zamieszkującą na obszarach zdegradowanych, wyznaczonych na podstawie Uchwały XLIV/331/18 Rady Miejskiej w Więcborku w sprawie przyjęcia Lokalnego Programu Rewitalizacji Gminy Więcbork na lata 2017-2023,

☐osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150 % właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w Ustawie z 12.03.2004 r. o pomocy społecznej.

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

*……………….............................................*

*Data i czytelny podpis Kandydata/-tki*