

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do Projektu

**„LOKALNIE SPRAWNI – wysokiej jakości usługi świadczone dla osób niepełnosprawnych”**

Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020

Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne,

Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym w ramach konkursu nr RPZP.07.06.00-IP.02-32-K27/17

Realizacja Projektu jest współfinansowana przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**UWAGA:**

1. Formularz rekrutacyjny do Projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie w sposób czytelny oraz powinien być podpisany w miejscach do tego wskazanych.
2. W przypadku dokonania skreślenia proszę postawić parafkę (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Każde pole Formularza rekrutacyjnego powinno zostać wypełnione, w przypadku gdy dane pole nie dotyczy Kandydata/ki należy umieścić adnotację „nie dotyczy” lub „ – ”.
4. Przed złożeniem wypełnionego Formularza rekrutacyjnego Kandydat/ka powinien/na zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „LOKALNIE SPRAWNI – wysokiej jakości usługi świadczone dla osób niepełnosprawnych” nr RPZP.07.06.00-IP.02-32-K27/17 dostępnym w Biurze Projektu oraz na stronie internetowej Projektu.

**I. DANE KANDYDATA/TKI** (proszę zaznaczyć znakiem „x” i /lub uzupełnić)

Imię (imiona)											
Nazwisko											
Data i miejsce urodzenia											
PESEL (jeśli nie ma należy wpisać „brak”)											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna					
Wiek (W chwili przystąpienia do projektu)											

**II. DANE KONTAKTOWE** (proszę uzupełnić)

Adres zamieszkania  (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego)	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Miejscowość:

	Kod pocztowy:
	Ulica:
	Numer budynku:
	Numer lokalu:
Adres korespondencyjny	<input type="checkbox"/> taki sam jak adres zamieszkania
	<input type="checkbox"/> inny niż adres zamieszkania:
	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Miejscowość:
	Kod pocztowy:
	Ulica:
	Numer budynku:
	Numer lokalu:
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	

**III. STATUS KANDYDATA/KI ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**  
(proszę zaznaczyć znakiem „x” lub wypełnić)

Osoba niepełnosprawna o znacznym stopniu niepełnosprawności i/lub z niepełnosprawnością intelektualną i/lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi	⊗ TAK	⊗ NIE
W tym osoba niepełnosprawna z zaburzeniami psychicznymi i/lub z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	⊗ TAK	⊗ NIE
Jestem osobą, która nie odbywa kary pozbawienia wolności	⊗ TAK	⊗ NIE
Poziom wykształcenia <i>(prosimy o zaznaczenie „X” we właściwym miejscu wybierając jedno ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)</i>	⊗ Brak (brak formalnego wykształcenia) ⊗ Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ⊗ Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊖ Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej zawodowej)</li> <li>⊖ Pomaturalne(kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)</li> <li>⊖ Wyższe (ukończone studia I stopnia)</li> </ul>
<p>Kwalifikacje ( ukończone kursy, szkolenia)</p>	
<p>Jestem osobą zagrożoną ryzykiem ubóstwa i/lub wykluczeniem społecznym z powodu <i>(prosimy o zaznaczenie „X” wszystkich odpowiedzi, które dotyczą Kandydatki/ta):</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⊖ Jestem osobą korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (t.j. Dz.U. 2016 r. poz. 930 z późn. zm.) lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;</li> <li>⊖ Jestem osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym (t.j. Dz.U. 2011 r., poz.225 z późn. zm.);</li> <li>⊖ Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą</li> <li>⊖ Jestem rodzicem przeżywającym trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo - wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej( t.j. Dz.U. 2016 r. poz. 575 z późn. zm.);</li> <li>⊖ Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczych lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (t.j. Dz.U. 2015 r., poz. 2156, z późn. zm.);</li> <li>⊖ Jestem osobą z rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, w której co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;</li> <li>⊖ Jestem osobą, dla której ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (t.j. Dz.U. 2016 r. poz. 645, z późn. zm.);</li> <li>⊖ Jestem osobą niesamodzielną;</li> <li>⊖ Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014 -2020;</li> <li>⊖ Jestem osobą korzystającą z PO PŻ i zakres wsparcia nie</li> </ul>

	powiela działań, które otrzymywałam/em lub otrzymuję z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ
Dochód rodziny w przeliczeniu na osobę samotnie gospodarującą/ w rodzinie ( o którym mowa w Ustawie z dnia 12.03.2004 o pomocy społecznej.	

#### IV. SPECJALNE POTZREBY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH (wypełniają wyłącznie osoby niepełnosprawne)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### Dodatkowo dołączyć:

1. Orzeczenie ZUS lub PFRON/ dokument poświadczający niepełnosprawny stan zdrowia wydany przez lekarza
2. Dokument poświadczający opiekę prawną ( jeśli występuje)

#### Załączniki:

1. Oświadczenie o nieodbywaniu kary pozbawienia wolności;
2. Oświadczenie o dochodzie
3. Oświadczenie-zgoda na podanie danych dla wspólnych wskaźników produktu
4. Oświadczenie – zgoda na przekazanie informacji na temat sytuacji po opuszczeniu Projektu
5. Zgoda na wykorzystanie wizerunku

#### Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „**LOKALNIE SPRAWNI – wysokiej jakości usługi świadczone dla osób niepełnosprawnych**”. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 . Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym w ramach konkursu nr RPZP.07.06.00-IP.02-32-K27/17 i bez zastrzeżeń akceptuję jego treść.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa Projekcie „**LOKALNIE SPRAWNI – wysokiej jakości usługi świadczone dla osób niepełnosprawnych**”. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 . Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym w ramach konkursu nr RPZP.07.06.00-IP.02-32-K27/17
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie.
5. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, tekst jednolity z dnia 26.06.2014 r., Dz. U. z 2014 r., poz. 1182) dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzenia rekrutacji w ramach Projektu „**LOKALNIE SPRAWNI – wysokiej jakości usługi świadczone dla osób niepełnosprawnych**”. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 . Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym w ramach konkursu nr RPZP.07.06.00-IP.02-32-K27/17

„**LOKALNIE SPRAWNI – wysokiej jakości usługi świadczone dla osób niepełnosprawnych**”. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020 . Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne, Działanie 7.6 Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym w ramach konkursu nr RPZP.07.06.00-IP.02-32-K27/17

6. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu i w załączonych do niego dokumentach są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym, potwierdzam prawdziwość przekazanych danych co potwierdzam własnoręcznym podpisem.
7. Jestem świadomy/a, iż w razie złożenia przeze mnie oświadczenia niezgodnego z prawdą, skutkującego po stronie Beneficjenta obowiązkiem zwrotu środków otrzymanych na sfinansowanie mojego udziału w ww. Projekcie, Beneficjent będzie miał prawo dochodzić ode mnie roszczeń na drodze cywilnoprawnej.

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*podpis Kandydata/tki*

.....  
*czytelny podpis osoby odpowiedzialnej ze strony Projektodawcy  
za weryfikację danych do rejestru kandydatów do udziału w Projekcie*