

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt pn. „Porzuc bóle i troski, Senior aktywny to senior ząbkowski”, współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach IX. Osi Priorytetowej Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, w ramach Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej Poddziałanie 9.2.1 Zwiększenie dostępności usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 w ramach konkursu RPMA.09.02.01-IP.01-14-104/23.

NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA ORGANIZATOR).....

UWAGA

Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól.
Formularz należy wypełnić elektronicznie lub odręcznie
(nie należy łączyć sposobów wypełnienia formularza).
W przypadku odręcznego wypełnienia prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI literami oraz niebieskim długopisem (czytelnie).
Formularz należy podpisać (niebieski długopis).
W przypadku, gdy któreś z pól nie dotyczy należy je opatrzyć adnotacją „nie dotyczy”.

CZĘŚĆ I - INFORMACJE O KANDYDACIE

Dane uczestnika	Imię i nazwisko		
	Płeć		
	Data urodzenia		
	Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
	PESEL		
	Wykształcenie	brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/>	ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/>
	Opieka nad dzieckiem do lat 7 lat lub osobą zależną		tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Adres zameldowania stałego	Ulica		
	Nr domu		
	Nr lokalu		
	Miejscowość		
	Kod pocztowy, poczta		
	Powiat		

	Województwo	
	Obszar miejski <input type="checkbox"/>	Obszar wiejski <input type="checkbox"/>
Dane kontaktowe	Ulica, Nr domu, Nr lokalu	
	Kod pocztowy, poczta	
	Proszę o wypełnienie jeżeli dane te SĄ INNE niż w tabeli Adres zameldowania	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty e-mail	
Dane dodatkowe	Korzystam z pomocy społecznej rodzaj świadczenia.....	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Status na rynku pracy	1. Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy (w rozumieniu Ustawy z dnia 20.IV.2004 r. o promocji zatrudniania i instytucjach rynku pracy) jednocześnie: - niezatrudnioną i niewykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia, - zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zameldowania stałego lub czasowego powiatowym urzędzie pracy	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	1.a Jestem osobą długotrwale bezrobotną	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	3. Jestem osobą bierną zawodowo (pozostającą bez zatrudnienia, ale nie osobą bezrobotną):	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	3.a Uczę się w systemie:	dziennym <input type="checkbox"/> zaocznym <input type="checkbox"/> wieczorowym <input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/>
	3.b Osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	3.c Inne (jakie.....)	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	4. Jestem osobą pracującą	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	4.a Wykonywany zawód	
	4.b Zatrudniony w	
4.c Jestem rolnikiem	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Status uczestnika	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Osoba z niepełnosprawnościami	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu.....	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

CZĘŚĆ II - ANKIETA DOTYCZĄCA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH KANDYDATA

Status kandydata (Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce).
1. Kryteria formalne obowiązkowe
<input type="checkbox"/> osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem tj. osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podst. czynności dnia codziennego
<input type="checkbox"/> osoba zamieszkująca na terenie gminy miejskiej Żąbki (w mieście Żąbki);
<input type="checkbox"/> osoba w wieku poprodukcyjnym: 60+
2. Kryteria premiujące (Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce, jeżeli dotyczy).
<input type="checkbox"/> osoba, która przybyła do Polski z powodu konfliktu zbrojnego na terytorium Ukrainy po 24.02.2022 r.
<input type="checkbox"/> osoba korzystająca z PO PŻ – zakres wsparcia dla osób korzystających z PO PŻ nie będzie powielać działań, które dana osoba otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ
<input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze wsparcia pomocy społecznej Ośrodka Pomocy Społecznej w Żąbkach

CZĘŚĆ III - ANKIETA DOTYCZĄCA SPECJALNYCH POTRZEB KANDYDATA

Specjalne potrzeby Kandydata (Proszę zaznaczyć x w odpowiedniej kratce, jeśli dotyczy).
Czy potrzebuje Pan/i specjalnego dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli TAK, proszę opisać jakiego:
Czy potrzebuje Pan/i zapewnienia tłumacza migowego? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Czy ma Pan/i inne specjalne potrzeby? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie Jeśli TAK, proszę opisać jakie:

CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIA

Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:

- a) „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”
- b) „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Ośrodek Pomocy Społecznej w Ząbkach.”,
- c) „Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji pn.: „Porzuć bóle i troski, Senior aktywny to senior ząbkowski” i akceptuję jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania kontraktu socjalnego w ramach projektu”,
- d) „Deklaruję uczestnictwo w całym przewidzianym wsparciu, równocześnie oświadczam, że w razie nieuzasadnionej rezygnacji z uczestnictwa w projekcie zobowiązuję się do zwrotu pełnych kosztów mojego uczestnictwa w projekcie, wg wyliczenia wynikającego z zatwierdzonego projektu”,
- e) „Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu „Porzuć bóle i troski, Senior aktywny to senior ząbkowski” zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)”
- f) Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Porzuć bóle i troski, Senior aktywny to senior ząbkowski” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- g) Jestem świadomy/a, że złożenie Kwestionariusza rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

.....
Data i podpis osoby przyjmującej
oświadczenie

.....
Data i własnoręczny podpis osoby
składającej oświadczenie