

Projekt "Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"

Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie "Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"

**FORMULARZ REKRUTACYJNY PROJEKTU**  
**"Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"**

**Część I Wypełnia kandydat na uczestnika Projektu**

DANE PERSONALNE			
<b>Imię/Imiona:</b>			
<b>Nazwisko:</b>		<b>Wiek:</b>	
<b>PESEL:</b>			
<b>Adres zamieszkania:</b>			
<b>Kraj:</b>			
<b>Województwo:</b>			
<b>Powiat:</b>			
<b>Miejscowość:</b>			
<b>Ulica:</b>			

Projekt "Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"

<b>Numer budynku:</b>		<b>Numer lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>		<b>Gmina:</b>	
<b>Obszar:</b>	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski		
<b>Telefon kontaktowy:</b>		<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Adres do korespondencji:</b>	<input type="checkbox"/> Ten sam co adres zamieszkania		
	<input type="checkbox"/> Inny:		
	<b>Województwo</b>		
	<b>Powiat</b>		
	<b>Gmina</b>		
	<b>Kod pocztowy:</b>		
	<b>Miejscowość:</b>		
	<b>Nr budynku/lokalu:</b>		
<b>Ulica</b>			
<b>*Wykształcenie:</b>	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe		

Projekt "Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"

STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
<b>*Status zawodowy kandydata:</b>	<b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>W tym osoba długotrwale bezrobotna:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji UP:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>W tym osoba długotrwale bezrobotna</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Osoba bierna zawodowo:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>W tym:</b>	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
	<b>Osoba pracująca:</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
<b>*Dane wrażliwe:</b>	<b>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Osoba z niepełnosprawnościami</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności:</b>	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny
	<b>Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>W tym osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Projekt "Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"

	<b>Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	<b>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)</b>	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
<b>Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestniczenia w Projekcie:</b>		

<b>*Rodzaj uczestnika:</b>	<input type="checkbox"/> Osoba niesamodzielna
	<input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnościami
	<input type="checkbox"/> Opiekun faktyczny

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji Projektu przez instytucje i osoby obsługujące i przekazujące dane osobowe, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (**Dz. U. z 2016 r. poz.922 z późn. zm.**)

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.

.....  
miejsowość i data

\* zaznaczyć właściwe odpowiedzi

\*\* w przypadku niemożności podpisania przez uczestnika projektu formularz podpisuje jego opiekun faktyczny

.....  
czytelny podpis uczestnika projektu\*\*

Projekt "Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"

**Część II Wypełnia Realizator usługi**

WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY FORMULARZ REKRUTACYJNY	
Nazwa organizacji/institucji	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	

Data rozpoczęcia udziału uczestnika w Projekcie	
---	--

STATUS UCZESTNIKA		
*Status społeczny kandydata:	Osoba niesamodzielną i/lub niepełnosprawną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej  150% właściwego kryterium dochodowego wynosi: - na osobę samotnie gospodarującą - 951 zł, - na osobę w rodzinie - 771 zł	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba niesamodzielną zagrożoną ubóstwem i wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Projekt "Bezpieczny senior – usługi opiekuńcze dla chorych na choroby otępienne"

	<b>Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	<b>Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	<b>Osoba z niepełnosprawnością intelektualną</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	<b>Osoba z zaburzeniami psychicznymi</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	<b>Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	<b>Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b> <input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
	<b>Inne:</b>	

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KALIFIKUJE SIĘ\* do wzięcia udziału w projekcie w usłudze:.....

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis pracownika dokonującego rekrutacji uczestnika

\* zaznaczyć właściwe odpowiedzi