



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

NR REKRUTACYJNY (WYPEŁNIA ORGANIZATOR) .....

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do projektu pt.: „Centrum Usług Społecznych w Gminie Strzyżewice”  
dofinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla  
Lubelskiego 2021-2027**

**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.**

**W imieniu osoby, która nie ukończyła 18 roku życia podpisany jest przez przedstawiciela  
ustawowego, osoba która znajduje się w przedziale wieku 13-18 lat podpisuje deklarację przy  
obowiązkowej kontrasygnacie opiekuna ustawowego lub podpis tylko i wyłącznie opiekuna  
ustawowego dla osób, które nie ukończyły 18 roku życia.**

<b>Dane rodzica/opiekuna kandydata</b> <i>(wypełnić w przypadku, gdy kandydatem jest osoba niepełnoletnia)</i>	<b>Nazwisko</b>	
	<b>Imię</b>	
	<b>PESEL</b>	
	<b>Telefon kontaktowy</b>	
	<b>Adres e-mail</b>	
	<b>Adres zamieszkania</b>	
<b>Dane kandydata /kandydatki</b>	<b>Nazwisko</b>	
	<b>Imię</b>	
	<b>Płeć</b>	
	<b>Data urodzenia (dzień – miesiąc -rok)</b>	.....-.....-.....
	<b>PESEL</b>	
	<b>Telefon kontaktowy</b>	
	<b>Adres e-mail</b>	
	<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> inne jakie?.....(np. uczeń szkoły podstawowej)
	<b>Status kandydata na rynku pracy</b>	<input type="checkbox"/> jestem osobą pracującą <input type="checkbox"/> jestem osobą bierną zawodowo

	<ul style="list-style-type: none"> <li>W przypadku „<b>emerytów</b>” należy zaznaczyć pozycję „jestem osobą bierną zawodowo”</li> <li>W przypadku „<b>uczniów</b>” należy zaznaczyć pozycję „jestem osobą bierną zawodowo”</li> </ul>	<input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w PUP <input type="checkbox"/> jestem osobą bezrobotną nie zarejestrowaną w PUP <input type="checkbox"/> inne jakie?.....
--	---	---

Kryteria dostępu – konieczne do spełnienia		
<b>Jestem osobą mieszkającą na terenie województwa lubelskiego, w gminie Strzyżewice</b>		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Adres zamieszkania</b>	<b>Ulica</b>	
	<b>Nr domu</b>	
	<b>Nr lokalu</b>	
	<b>Miejscowość</b>	
	<b>Kod pocztowy, poczta</b>	
	<b>Powiat</b>	
	<b>Województwo</b>	
<b>Gmina</b>		
<b>Jestem osobą przynależącą do jednej z niżej wymienionych grup:</b> <b>a) osób narażonych na umieszczenie w instytucjach całodobowych lub osoby z niepełnosprawnościami, wymagające wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b>  (POTWIERDZENIE: <ul style="list-style-type: none"> <li>orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza tj. orzeczenie o stanie zdrowia / opinia lekarska),</li> </ul>		<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
<b>b) opiekunów faktycznych</b>  (POTWIERDZENIE: <ul style="list-style-type: none"> <li>oświadczenie dotyczące sprawowania opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego ze względu na wiek / stan zdrowia / niepełnosprawność)</li> </ul>		
<b>c) osób zagrożonych wykluczeniem społecznym</b>  (POTWIERDZENIE – Oświadczenie uczestnika)		

Kryteria premiujące – dodatkowo punktowane (2 pkt za każde z kryteriów)	
<b>Jestem osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności</b>  (POTWIERDZENIE: ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI / ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE/OZRECHENIE O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY)	<input type="checkbox"/> <b>TAK</b> (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> <b>NIE</b>



<b>Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną</b> (POTWIEDZENIE: ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE)	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą z chorobą psychiczną</b> (POTWIEDZENIE: ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE)	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE

<b>Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną</b> (POTWIEDZENIE: ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE)	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi</b> (POTWIEDZENIE: ORZECZENIE O STANIE ZDROWIA / ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE)	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027</b> (POTWIEDZENIE: DOKUMENT WYSTAWIONY PRZEZ ORGANIZACJĘ/ INSTYTUCJĘ UDZIELAJĄCĄ WSPARCIA)	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą mieszkającą samotnie</b> (POTWIERDZENIE: OŚWIADCZENIE )	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą w kryzysie bezdomności</b> (POTWIERDZENIE: OŚWIADCZENIE LUB ZAŚWIADCZENIE CUS)	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem dzieckiem wychowującym się poza rodziną biologiczną</b> (POTWIERDZENIE: ZAŚWIADCZENIE Z PCPR/CUS)	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą powyżej 80 r.ż</b>	<input type="checkbox"/> TAK (wymagane dostarczenie dokumentów potwierdzających stan) <input type="checkbox"/> NIE

## Informacje dodatkowe

Status kandydata / kandydatki	Jestem osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą niepełnosprawną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Specjalne potrzeby kandydata / kandydatki – należy zgłosić w związku z koniecznością uwzględnienia potrzeb przy organizacji wsparcia	
Zgłaszam potrzebę dostosowania przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową (jeżeli „nie dotyczy” należy zaznaczyć NIE)	<input type="checkbox"/> TAK (jak?) ..... <input type="checkbox"/> NIE
Zgłaszam potrzebę zapewnienia tłumacza migowego (jeżeli „nie dotyczy” należy zaznaczyć NIE)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgłaszam potrzebę dostosowania materiałów drukowanych poprzez zwiększenie czcionki / poprawy kontrastu (jeżeli „nie dotyczy” należy zaznaczyć NIE)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Zgłaszam potrzebę dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Inne specjalne potrzeby	<input type="checkbox"/> TAK jakie? ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> NIE
Dodatkowe informacje mające znaczenie przy ocenie Kandydata / Kandydatki – Jeżeli uważasz że jakaś informacja ma znaczenie w związku z Twoim uczestnictwem w projekcie proszę wpisz ją poniżej	
<b>WAŻNE!!!</b> <b>Proszę o zapoznanie się z poniższymi zapisami</b>	
<p>Oświadczenie osoby / opiekuna osoby ubiegającej się o wsparcie w ramach projektu:</p> <p>W imieniu swoim / mojego podopiecznego * oświadczam, że świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art.233 § 1 Kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zapoznałam się z Regulaminem naboru i uczestnictwa w projekcie pt. „Centrum Usług Społecznych w Gminie Strzyżewice” i akceptuję jego warunki i wymogi.</li> <li>• Wszystkie dane podane w formularzu są zgodne z stanem prawnym i faktycznym,</li> <li>• Zostałem poinformowany/poinformowana, że projekt pt.: „Centrum Usług Społecznych w Gminie Strzyżewice” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej - Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytet VIII Zwiększenie spójności społecznej, Działanie 8.5 Usługi społeczne</li> </ul>	

.....

(data i podpis osoby przyjmującej  
formularz)

.....

(data i podpis Kandydata/Kandydatki  
Lub rodzica/opiekuna)