

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU:

„WBREW NIESAMODZIELNOŚCI!- kompleksowe wsparcie zdrowotne osób w strukturach DDOM”

FEOP.07.01-IZ.00-0017/24

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami.

Dane uczestnika:													
Imię:													
Nazwisko:													
PESEL:	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>												
Płeć:	☐ kobieta ☐ mężczyzna												
Wykształcenie:	☐ niższe niż podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe												
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)¹:													
Województwo:	opolskie												
Powiat:													
Gmina:													
Miejscowość:													
Ulica:													

¹Informacja o zameldowaniu na pobyt stały lub czasowy pobrana elektronicznie poprzez profil zaufany na stronie: www.gov.pl. lub Oświadczenie właściciela lub najemcy lokalu, który potwierdzi stały pobyt oraz dokument potwierdzający, że osoba podpisująca to oświadczenie jest jego właścicielem lub najemcą, zawarta umowa na media lub faktury imienne/rachunki imienne za media (np. prąd, gaz, woda, telefon, internet, telewizja kablowa itp.) zawierające adres zamieszkania na terenie woj. opolskiego,

Numer budynku:	
Numer lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Status uczestnika:	
Status na rynku pracy:	☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne
	☐ osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne
	☐ osoba pracująca
	☐ emeryt/ka/ rencista/ka
Miejsce pracy: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)	 (nazwa firmy/institucji)
Osoba pracująca w: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)	☐ administracji rządowej ☐ administracji samorządowej ☐ organizacji pozarządowej ☐ MMŚP ☐ dużym przedsiębiorstwie ☐ prowadząca działalność na własny rachunek (nazwa firmy) ☐ inne niewymienione powyżej

Wykonywany zawód: (wypełnia wyłącznie osoba pracująca)	☐ instruktor praktycznej nauki zawodu ☐ nauczyciel kształcenia zawodowego ☐ nauczyciel kształcenia ogólnego ☐ nauczyciel wychowania przedszkolnego ☐ pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia ☐ kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej ☐ pracownik instytucji rynku pracy ☐ pracownik instytucji szkolnictwa wyższego ☐ pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej ☐ pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej ☐ pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej ☐ rolnik ☐ inny niewymieniony powyżej
<i>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</i>	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
<i>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</i>	☐ TAK ☐ NIE
<i>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</i>	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
<i>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</i>	☐ TAK ☐ NIE ☐ Odmowa podania informacji
<i>Korzystam ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełniam co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej</i>	☐ TAK ☐ NIE
<i>Podlegam pod zasady zatrudnienia socjalnego (osoba bezdomna, uzależniona od alkoholu/narkotyków lub innych środków odurzających, chora psychicznie, długotrwale bezrobotna, zwolniona z zakładu karnego, uchodźca, osoba niepełnosprawna)</i>	☐ TAK ☐ NIE

Jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą (ustawa z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej)	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości (zgodnie z ustawą z dn. 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich)	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym /młodzieżowym ośrodku socjoterapii (zgodnie z ustawą z dn. 7 września 1991r. o systemie oświaty)	☐ TAK ☐ NIE
Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (wymagam opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą żyjącą w jednoosobowym gospodarstwie domowym	☐ TAK ☐ NIE
Jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności	☐ TAK ☐ NIE
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	☐ TAK ☐ NIE

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu

Decyzja komisji rekrutacyjnej o zakwalifikowaniu do projektu: TAK/ NIE

Podpis osoby decyzyjnej