



FORMULARZ REKRUTACYJNY

w ramach projektu

„Zdrowy subregion – opieka długoterminowa dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z terenu subregionu południowego” nr projektu FEOP.07.01-IZ.00-0015/24

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><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna																				
Wykształcenie:	<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																				
Dane kontaktowe (adres zamieszkania)¹:																					
Województwo:	opolskie																				
Powiat:																					
Gmina:																					
Miejscowość:																					
Ulica:																					
Numer budynku:																					
Numer lokalu:																					

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



Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
Status uczestnika:	
Status na rynku pracy:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="radio"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="radio"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> osoba ucząca się <input type="radio"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="radio"/> inne
	<input type="checkbox"/> osoba pracująca
	<input type="checkbox"/> emeryt/ka/ rencista/ka
Miejsce pracy: <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i> (nazwa firmy/institucji)
Osoba pracująca w: <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i>	<input type="checkbox"/> administracji rządowej <input type="checkbox"/> administracji samorządowej <input type="checkbox"/> organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> MMŚP <input type="checkbox"/> dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek (nazwa firmy)
Wykonywany zawód: <i>(wypełnia wyłącznie osoba pracująca)</i>	<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia



	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej<input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy<input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej<input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej<input type="checkbox"/> rolnik<input type="checkbox"/> inny niewymieniony powyżej
<i>Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TAK<input type="checkbox"/> NIE<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TAK<input type="checkbox"/> NIE
<i>Jestem osobą z niepełnosprawnościami</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TAK<input type="checkbox"/> NIE<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<i>Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TAK<input type="checkbox"/> NIE<input type="checkbox"/> 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>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TAK<input type="checkbox"/> NIE
<i>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</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TAK<input type="checkbox"/> NIE
<i>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)</i>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> TAK<input type="checkbox"/> NIE



<i>Jestem osobą żyjącą w jednoosobowym gospodarstwie domowym</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<i>Korzystam z Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FEPŻ)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, które należy uwzględnić w trakcie udziału w projekcie:

- potrzeba wsparcia asystenta,
- tłumacza,
- dostosowania miejsca spotkań,
- transportu,
- wsparcie w ramach opieki długoterminowej również w godzinach popołudniowych i wieczornych oraz w soboty?
- Inne?

TAK NIE

Jeśli TAK, proszę wskazać jakie:

.....

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

Decyzja komisji rekrutacyjnej o zakwalifikowaniu do projektu: TAK/ NIE

.....

Podpis osoby decyzyjnej