Zał. nr 1 do Regulaminu uczestnictwa i rekrutacji w Projekcie Centrum Usług Środowiskowych – „Razem łatwiej II”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATA DO PROJEKTU**

**Centrum Usług Środowiskowych – „Razem łatwiej II”**

**Cześć I Wypełnia kandydat na uczestnika Projektu**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE** | | | | |
| **Imię/Imiona:** |  | | | |
| **Nazwisko:** |  | | **Płeć:** | * **Kobieta** * **Mężczyzna** |
| **PESEL/ Inny identyfikator:** |  | | **Wiek:** |  |
| **Obywatelstwo:** | * **Polskie** * **Brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE** * **Brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza EU/bezpaństwowiec** | | | |
| **Wykształcenie:** | * **Średnie I stopnia lub niższe** * **Ponadgimnazjalne lub policealne** * **Wyższe** | | | |
| **DANE TELEADRESOWE:** | | | | |
| **Kraj:** |  | | | |
| **Województwo:** |  | | | |
| **Powiat:** |  | | | |
| **Miejscowość:** |  | | | |
| **Ulica:** |  | | | |
| **Numer budynku:** |  | **Numer lokalu:** | |  |
| **Kod pocztowy:** |  | **Gmina:** | |  |
| **Telefon kontaktowy:** |  | **Adres e-mail:** | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | |
| \***Status zawodowy kandydata:** | **Osoba bezrobotna** | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym:**   * **Osoba długotrwale bezrobotna** * **Inne** | |
| **Osoba bierna zawodowo:** | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym:**   * **Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu** * **Osoba ucząca się/ odbywająca kształcenie - planowana data zakończenia edukacji  w placówce edukacyjnej, w której skorzystano we wsparcia ……………………….** * **Inne** | |
| **Osoba pracująca:** | * **Tak** * **Nie** |
| **W tym:**   * **Osoba prowadząca działalność na własny rachunek** * **Osoba pracująca w administracji rządowej** * **Osoba pracująca w administracji samorządowej(z wyłączeniem szkół i placówek oświaty** * **Osoba pracująca w organizacji pozarządowej** * **Osoba pracująca w MMŚP** * **Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie** * **Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą** * **Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)** * **Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)** * **Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)** * **Osoba pracująca na uczelni** * **Osoba pracująca w instytucie naukowym** * **Osoba pracująca w instytucie badawczym** * **Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz** * **Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym** * **Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki** * **Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej** * **Inne** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** | | |
| \***Dane wrażliwe:** | **Osoba obcego pochodzenia** | * **Tak** * **Nie** |
| **Obywatel państwa trzeciego** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)** | * **Tak** * **Nie** * **Odmowa podania informacji** |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | * **Tak** * **Nie** |
| **Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności:**   * **lekki** * **umiarkowany** * **znaczny** | |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | * **Tak** * **Nie** |
| **Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestniczenia w Projekcie:** | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| \***Rodzaj uczestnika:** | * **Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** |
| * **Osoba z niepełnosprawnościami** |
| * **Osoba z otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/ z niepełnosprawnościami** |

|  |
| --- |
| \***RODZAJ WSPARCIA** |
| * **1. Działania wspierające opiekunów faktycznych - grupowe poradnictwo specjalistyczne** * **2. Usługi opiekuńcze w Dziennym Domu Pomocy (DDP) „Spokojna Przystań”** * **3. Usługi sąsiedzkie** * **4. Klub dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu „Być Razem”** * **5. Usługa asystenckie** * **6. Mieszkania treningowego** * **7. Mieszkania wspomaganego** |

**………………………………………….. …….………………………………**

miejscowość i data czytelny podpis uczestnika projektu\*\*

**\*** zaznaczyć właściwe odpowiedzi

**\*\*** w przypadku niemożności podpisania przez uczestnika projektu formularz podpisuje jego opiekun prawny/rodzic zastępczy

**Część II Wypełnia Realizator usługi**

|  |  |
| --- | --- |
| **WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY FORMULARZ REKRUTACYJNY** | |
| **Nazwa organizacji/instytucji** |  |
| **Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Data rozpoczęcia udziału uczestnika  w Projekcie** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **STATUS UCZESTNIKA** | | |
| \***Status społeczny kandydata:** | **Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z chorobami psychicznymi** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z niepełnosprawnością intelektualną** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ( w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób  i Problemów Zdrowotnych ICD10),** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba korzystająca z Programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (FE PŻ)** | * **Tak** * **Nie** |
| **Osoba zamieszkująca samotnie** | * **Tak** * **Nie** |
| **Inne:** | |

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

……………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………

…..……………………………………… …..……………………………………………

Miejscowość i data podpis pracownika dokonującego rekrutacji uczestnika

**\*** zaznaczyć właściwe odpowiedzi