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 szkółi 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