

**FORMULARZ REKRUTACYJNY – OPIEKUN FAKTYCZNY**

Wypełnia Beneficjent Projektu:

BENEFICJENT	NESTOR GROUP BARTOSZ BERKOWSKI
TYTUŁ PROJEKTU	<i>Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji</i>
NR PROJEKTU	<i>FEDS.09.01-IP.02-0010/23</i>
WPŁYNYŁO DNIA	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	

Wypełnia Uczestnik/Uczestniczka:

I. DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI						
(PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL FORMULARZA CZYTELNICIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)						
IMIĘ (IMIONA)						
NAZWISKO						
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA	<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA				
PESEL	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px; margin: 2px;"></div> </div> <p>(Proszę o wpisanie nr pesel jedna cyfra w jednym kwadracie)</p>					
DATA URODZENIA						
MIEJSCE URODZENIA						
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
WYKSZTAŁCENIE (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED0)	<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED1)	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED2)	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3)	<input type="checkbox"/> Policealne (ISCED4)	<input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED5)



II. DANE KONTAKTOWE			
ADRES ZAMIESZKANIA¹			
WOJEWÓDZTWO	DOLNOŚLĄSKIE		
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY			
TELEFON KONTAKTOWY			
E-MAIL			
ADRES DO KORESPONDENCJI (NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)			
ULICA			
NR DOMU		NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ			
KOD POCZTOWY			

¹ Według wykładni Kodeksu cywilnego.



III. STATUS NA RYNKU PRACY		
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
(PROSZĘ ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNI KWADRAT TAK/NIE)		
Osoba bierna zawodowo - osoba, która w danej chwili nie pracuje, nie jest zarejestrowana w urzędzie pracy i nie poszukuje pracy ² .	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

IV. STATUS SPOŁECZNY			
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu:			
(Proszę zaznaczyć kwadraty w jednej z pozycji 1 - 5)			
1.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3.	Osoba z niepełnosprawnościami³.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Specjalne potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności:	<input type="checkbox"/> Tak (krótki opis) <input type="checkbox"/> Nie	
4.	Status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu⁴.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
5.	Status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

² Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS.

³ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123).

⁴ Do formularza zgłoszeniowego należy załączyć odpowiednie zaświadczenie lekarskie lub inny dokument potwierdzający status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – osoba, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.



UZASADNIENIE POTRZEBY WSPARCIA

.....

.....

.....

.....

.....
Miejscowość i data

.....
podpis (opiekuna)

Premia punktowa (0-10 pkt.) :

.....
podpis koordynatora



OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW OBLIGATORYJNYCH UDZIAŁU W PROJEKCIE

Oświadczam, że spełniam kryteria obligatoryjne udziału w projekcie pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” jako opiekun osoby niesamodzielnej tzn.:

1. Jestem osobą mieszkającą na obszarze **subregionu wałbrzyskiego** objętego wsparciem FST w którego skład wchodzi powiaty: dzierżoniowski, ząbkowicki, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski, miasto Wałbrzych).
2. Jestem osobą **zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym**.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Opiekuna Faktycznego

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z Regulaminem Rekrutacji do projektu pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” współfinansowany ze środków Funduszu Europejskiego dla Dolnego Śląska na lata 2021-2027, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji i zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Opiekuna Faktycznego

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA WYKORZYSTYWANIE WIZERUNKU

W związku z udziałem w projekcie pn. „Usługi społeczne dla mieszkańców subregionu wałbrzyskiego objętego wsparciem FST dotkniętych negatywnymi skutkami transformacji” współfinansowany ze środków Funduszu Europejskiego dla Dolnego Śląska na lata 2021-2027, Funduszu na rzecz Sprawiedliwej Transformacji, wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku do celów związanych z promocją projektu. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, że fotografie, filmy lub nagrania wykonane podczas zajęć mogą być zamieszczone na stronie internetowej projektu oraz wykorzystane w materiałach promocyjnych. Podpisanie jest dobrowolne.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Opiekuna Faktycznego