



FORMULARZ REKRUTACYJNY – OPIEKUN FAKTYCZNY

Wypełnia Beneficjent Projektu:

BENEFICJENT	NESTOR GROUP BARTOSZ BERKOWSKI
TYTUŁ PROJEKTU	Lepsze jutro w subregionie wałbrzyskim objętym wsparciem FST
NR PROJEKTU	FEDS.09.01-IP.02-0011/25
WPŁYNĘŁO DNIA	
PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ	

Wypełnia Uczestnik/Uczestniczka:

I. DANE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI (PROSIMY O WYPEŁNIENIE WSZYSTKICH PÓL FORMULARZA CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI)						
IMIĘ (IMIONA)						
NAZWISKO						
PŁEĆ	☐ KOBIEȚA			☐ MĘŻCZYŻNA		
PESEL	(Proszę o wpisanie nr pesel jedna cyfra w jednym kwadracie)					
DATA URODZENIA						
MIEJSCE URODZENIA						
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
WYKSZTAŁCENIE (Proszę zaznaczyć jeden kwadrat)	☐ Niższe niż podstawowe (ISCED0)	☐ Podstawowe (ISCED1)	☐ Gimnazjalne (ISCED2)	☐ Ponadgimnazjalne (ISCED3)	☐ Policealne (ISCED4)	☐ 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 pracy².

☐ Tak

☐ 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.

☐ Tak

☐ Nie

2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.

☐ Tak

☐ Nie

3. Osoba z niepełnosprawnościami³.

☐ Tak

☐ Nie

Specjalne potrzeby wynikające np. z niepełnosprawności:

☐ Tak

.....
(krótki opis)

☐ Nie

4. Status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu⁴.

☐ Tak

☐ Nie

5. Status osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym.

☐ Tak

☐ 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

Premia punktowa (0-10 pkt.) :

.....
podpis koordynatora



OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW OBLIGATORYJNYCH UDZIAŁU W PROJEKCIE

Oświadczam, że spełniam kryteria obligatoryjne udziału w projekcie pn. „Lepsze jutro w subregionie wałbrzyskim objętym wsparciem FST” 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**.
3. Jestem osobą **bierną zawodowo**.

.....
Miejscowość

.....
Data i podpis Opiekuna Faktycznego

OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM

Oświadczam, iż zapoznałam/-em się z Regulaminem Rekrutacji do projektu pn. „Lepsze jutro w subregionie wałbrzyskim objętym wsparciem FST” 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. „Lepsze jutro w subregionie wałbrzyskim objętym wsparciem FST” 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