*Załącznik Nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Wysokiej jakości usługi społeczne dla osób starszych w gminach Frombork i Braniewo”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**PROJEKT „WYSOKIEJ JAKOŚCI USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB STARSZYCH W GMINACH FROMBORK I BRANIEWO*”***

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu: ………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………

1/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zamieszkałą na terenie gminy Braniewo lub gminy Frombork?

Tak  Nie

2/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą rekomendowaną przez Ośrodek Pomocy Społecznej do uczestnictwa w projekcie? - 1 pkt

Tak  Nie

3/ Czy Uczestnik/Uczestniczka ma powyżej 60 lat? – 1-3pkt

Tak  Nie

4/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym?

Tak  Nie

5/ ***Z jakiego powodu Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym*** *(osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ust. z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające przynajmniej jedną z przesłanek określ. w art.7 ust. z 12.03.2004 o pomocy społecznej), w tym osoby bezrobotne, które zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy znajdują się w III grupie osób (tzw. oddalonych do rynku pracy)?* - 1 pkt za każde wskazanie

* ubóstwa;
* sieroctwa;
* bezdomności;
* bezrobocia;
* niepełnosprawności;
* długotrwałej lub ciężkiej choroby;
* przemocy w rodzinie;
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
* trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
* alkoholizmu lub narkomanii;
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
* klęski żywiołowej lub ekologicznej.

6/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

 Tak  Nie

Z jakiego powodu?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

7/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub   
z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi? – 1-2 pkt

Tak  Nie

8/ Czy w rodzinie Uczestnika/Uczestniczki co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością?

 Tak  Nie

9/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą z rodziny korzystającej z PO Pomoc Żywnościowa? – 1 pkt

 Tak  Nie

**ZAŁĄCZNIKI:**

**DO FORMULARZA NALEŻY DOŁĄCZYĆ DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UCZESTNIKA DO PROJEKTU, TJ. ZAŚWIADCZENIE Z URZEDU PRACY/WYDRUK Z SEPII, POTWIERDZENIE PROFILU UCZESTNIKA, ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – JEŚLI DOTYCZY.**

* …….………………………………………………

Data i podpis Uczestnika/Uczestniczki