

Załącznik Nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług społecznych w gminie Susz-ed. II”

FORMULARZ REKRUTACYJNY

PROJEKT „ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH W GMINIE SUSZ-ed. II”

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu:

.....

PESEL:

1/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zamieszkałą na terenie gminy Susz?

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 jest osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodny z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) - 2 pkt?

Tak Nie

4/ **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)? - 2 pkt

- 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.

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

Tak Nie

Z jakiego powodu?

.....

.....

6/ 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

7/ 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 URZĘDU PRACY/WYDRUK Z SEPII, POTWIERDZENIE PROFILU UCZESTNIKA, ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – JEŚLI DOTYCZY.

✓

Data i podpis Uczestnika/Uczestniczki