

Załącznik Nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Wysokiej jakości usługi społeczne dla osób starszych i ich rodzin-edycja II”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU  
„WYSOKIEJ JAKOŚCI USŁUGI SPOŁECZNE DLA OSÓB STARSZYCH  
I ICH RODZIN-EDYCJA II”**

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 (inne 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, T.J. ZAŚWIADCZENIE Z URZĘDU PRACY/WYDRUK Z SEPII, POTWIERDZENIE PROFILU UCZESTNIKA, ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, INFORMACJĘ Z OPS O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW WYKLUCZENIA- JEŚLI DOTYCZY.**

✓ .....

Data i podpis Uczestnika/Uczestniczki

