Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATA/TKI DO PROJEKTU**

**„Złoty wiek – piękny wiek”**

**Cześć I Wypełnia kandydat/ka na uczestnika Projektu**

|  |
| --- |
| **DANE PERSONALNE** |
| imię/Imiona: |  |
| Nazwisko: |  | Płeć: | * Kobieta
* Mężczyzna
 |
| PESEL/ Inny identyfikator: |  |  Wiek: |  |
| Obywatelstwo: | * Polskie
* Brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE
* Brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza EU/bezpaństwowiec
 |
| Wykształcenie: | * Średnie I stopnia lub niższe
* Ponadgimnazjalne lub policealne
* Wyższe
 |
| **DANE TELEADRESOWE:** |
| Kraj: |  |
| Województwo: |  |
| Powiat: |  |
| Miejscowość: |  |
| Ulica: |  |
| Numer budynku: |  | Numer lokalu: |  |
| Kod pocztowy: |  | Gmina: |  |
| Telefon kontaktowy: |  | Adres e-mail: |  |

|  |
| --- |
| **STATUS KANDYDATA/TKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| \*Status zawodowy kandydata/tki: |  Osoba bezrobotna  | * Tak
* Nie
 |
|  W tym:* Osoba długotrwale bezrobotna
* Inne
 |
| Osoba bierna zawodowo: | * Tak
* Nie
 |
| W tym: * Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* Inne
 |
| Osoba pracująca: | * Tak
* Nie
 |
| W tym:* Osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* Osoba pracująca w administracji rządowej
* Osoba pracująca w administracji samorządowej(z wyłączeniem szkółi placówek oświaty
* Osoba pracująca w organizacji pozarządowej
* Osoba pracująca w MMŚP
* Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
* Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą
* Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)
* Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)
* Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)
* Osoba pracująca na uczelni
* Osoba pracująca w instytucie naukowym
* Osoba pracująca w instytucie badawczym
* Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz
* Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym
* Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki
* Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej
* Inne
 |

|  |
| --- |
| **STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU** |
| \*Dane wrażliwe: | Osoba obcego pochodzenia | * Tak
* Nie
 |
| Obywatel/ka państwa trzeciego | * Tak
* Nie
 |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami **\*należy dołączyć orzeczenie**  | * Tak
* Nie
* Odmowa podania informacji
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * Tak
* Nie
 |
| Sytuacja dochodowa -*Dochód powyżej wysokości kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:* | **W przypadku osoby samotnie gospodarującej**  | * Tak
* Nie
 |
| **W przypadku osoby w rodzinie na osobę** | * Tak
* Nie
 |
| **KRYTERIA DODATKOWE:** |
| o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | * Tak
* Nie
 |
| z niepełnosprawnością sprzężoną | * Tak
* Nie
 |
| z chorobami psychicznymi | * Tak
* Nie
 |
| z niepełnosprawnością intelektualną | * Tak
* Nie
 |
| z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) | * Tak
* Nie
 |
| korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 | * Tak
* Nie
 |
| zamieszkujące samotnie | * Tak
* Nie
 |
| w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonych bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego) | * Tak
* Nie
 |
| dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną - gdy będą otoczeniem seniorów  | * Tak
* Nie
* Nie dotyczy
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj uczestnika/czki: | * Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
 |
| * Osoba z niepełnosprawnościami
 |

|  |
| --- |
| **RODZAJ WSPARCIA O KTÓRY WNIOSKUJE KANDYDAT/KA****(proszę zaznaczyć tylko jeden klubu, w ramach którego będzie udzielenie Pan/Pani wsparcie)**  |
| **Usługi świadczone na rzecz osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:*** Miejski klub seniora oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki”
* Klub seniora Kiedrzyn oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki”
* Klub seniora Północ oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki”
* Klub seniora Centrum oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki”

**\*(w przypadku braku miejsc w preferowanym klubie seniora proszę podać klub seniora drugiego wyboru ……………………………………..)** |
| Do wniosku załączam następujące załączniki: |
| **1** | Zaświadczenie lekarskie  | **TAK / NIE** |
| **2.** | Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności | **TAK / NIE** |
| **3.** | potwierdzone przez Urząd Skarbowy roczne deklaracje rozliczeniowe dotyczące podatków od dochodów osobistych za rok ubiegły (PIT). | **TAK / NIE** |
| **miejscowość i data** | **czytelny podpis Kandydata/tki do projektu** |
|  |  |

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

**ZAŚWIADCZENIE LEKARZA**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O OBJĘCIE WSPARCIEM W RAMACH PROJEKTU „ZŁOTY WIEK – PIĘKNY WIEK”** |
| **imię i nazwisko**  |  |
| **PESEL** |  |
| **miejsce zamieszkania**(Kod pocztowy, miejscowość, poczta, powiat, województwoulica/ numer |  |
| Wyżej wymieniona osoba z uwagi na wiek, schorzenia, niepełnosprawność wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez objęcie usługami opieki środowiskowymi. | **TAK / NIE** |
| **miejscowość, data** |  |
| **pieczęć i podpis lekarza**  |  |
| **pieczęć podmiotu leczniczego** |  |