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 szkół i 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, województwo ulica/ 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** |  | |