



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pt. „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla mieszkańców m. Wąbrzeźno” FEKP.08.24-IZ.00-0037/24 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027

<b>Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)</b>			
<b>Data wpływu Formularza</b>	<b>Godzina</b>	<b>Numer zgłoszenia</b>	<b>Podpis osoby przyjmującej formularz</b>

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla mieszkańców m. Wąbrzeźno”

<b>DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY</b> (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
<b>IMIĘ</b>	
<b>NAZWISKO</b>	

### 1. Dane osobowe Uczestnika (wypełnić czytelnie w języku polskim)

<b>Dane:</b>
<b>Obywatelstwo:</b>
<b>Imię:</b>
<b>Nazwisko:</b>
<b>PESEL:</b>
<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
<b>Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)</b>
<b>Telefon kontaktowy:</b>
<b>Adres e-mail:</b>



<b>Wykształcenie:</b>	
<input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)</b>	
<b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO</b>	
tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną	
W TYM	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU
W TYM	OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących - doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych
W TYM	INNE
<b>OSOBA BEZROBOTNA</b> - osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia	



W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
<b>OSOBA PRACUJĄCA</b>		
W TYM	OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W, MMŚP (MIKRO, MAŁYM LUB ŚREDNIM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYKRAJOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI	
W TYM	OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ	
W TYM	INNE	



## STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

### OSOBA OBCEGO POCHODZENIA

tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów

Tak  Nie

### OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO

tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec

Tak  Nie

### OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ

mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie

Tak  Nie  Odmowa podania informacji

### OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ

- Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;

- Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);

- Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;

- Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;

- Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

Tak  Nie



### **Osoba z niepełnosprawnościami**

Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.

Tak  Nie  Odmowa podania informacji

### **Przedłożone dokumenty uzupełniające:**

Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:

znacznym  umiarkowanym  lekkim

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności ....., o numerze .....wydane przez ..... w dniu ....., na okres.....które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

### **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną:**

Tak  
 Nie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

### **Osoba z zaburzeniami psychicznymi:**

Tak  
 Nie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

### **Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:**

Tak  
 Nie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego



**Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10** (Międzynarodowa

Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych opracowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO):

- Tak  
 Nie

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

**Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:**

- Tak  
 Nie

**Przedłożone dokumenty uzupełniające:**

- Zaświadczenie z MOPS potwierdzające uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

**Płeć uczestnika:**

- Kobieta  
 Mężczyzna

**Osoba w wieku 80+:**

- Tak  
 Nie

**Przedłożone dokumenty uzupełniające:**

- Akt urodzenia

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis**



**1. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/cki (zaznaczyć składane dokumenty):**

<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia
<input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie w rozumieniu Kodeksu cywilnego lub pracującą lub uczącą się na terenie województwa kujawsko-pomorskiego, np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty, np. umowa najmu, karta pobytu, zaświadczenia ze szkoły/placówki, zaświadczenie od pracodawcy, kopie umów o pracę/umów cywilnoprawnych, w których określono miejsce wykonywania pracy.
<input type="checkbox"/> inny dokument (jaki?) .....

**2. Wniosek Kandydata/cki o wybór podstawowej formy wsparci:**

1.	<b>Dzienny Dom Pomocy</b>	<input type="checkbox"/>
2.	<b>Usługi asystenckie</b>	<input type="checkbox"/>
3.	<b>Sąsiedzkie usługi opiekuńcze</b>	<input type="checkbox"/>
4.	<b>Specjalistyczne usługi opiekuńcze</b>	<input type="checkbox"/>

**3. Oświadczenia Kandydata/cki**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. mieszkam na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium.
2. jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
3. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.
5. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis**

**4. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu .....

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

**5. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)**

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Choroby psychiczne (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowy) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Kobieta – 1 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Osoba 80+ (akt urodzenia) – 1 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suma uzyskanych punktów:</b>	<b>pkt.</b>	

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji**