Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„Rodzina Razem się Trzyma”**

1. **Dane personalne kandydata/kandydatki do projektu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **Płeć** | □ Kobieta □ Mężczyzna |
| **Wiek**  |  |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Adres zamieszkania:** |
| **Ulica:** |  |
| **Nr domu:** |  | **Nr lokalu:** |  |
| **Miejscowość:** |  | **Kod pocztowy:** |  |
| **Gmina:** | □ POLICE □ NOWE WARPNO □ DOBRA □ KOŁBASKOWO | **Powiat:** | POLICKI |
| **Województwo:** | ZACHODNIOPOMORSKIE |
| **Telefon kontaktowy:** |  |
| **Adres e-mail:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Poziom wykształcenia** | □ brak lub niepełne podstawowe |
| □ podstawowe (ukończona 6 letnia szkoła podstawowa) |
| □ gimnazjalne (ukończone gimnazjum lub 8 klas szkoły podstawowej) |
| □ ponadgimnazjalne (na poziomie szkoły średniej tj. wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe) |
| □ pomaturalne/policealne (powyżej szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) |
| □ wyższe (tytuł licencjata, inżyniera lub równorzędny) |

1. **Status kandydata/kandydatki do projektu:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Osoba bezrobotna** | □ TAK □ NIE |
| **w tym:** | □ osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy□ osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy   w tym: □ osoba długotrwale bezrobotna (oznacza osobę, która nie pracowała nieprzerwanie w okresie ostatnich ponad 6 miesięcy w przypadku osób poniżej 25 roku życia, ponad 12 miesięcy w przypadku osób powyżej 25 roku życia) |
| **Osoba bierna zawodowo**  | □ TAK □ NIE |
| **w tym:** | □ osoba ucząca się (uczestnicząca w kształceniu formalnym)□ osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu (NEET)□ inne (jakie?) ……………………………………………………….. |
| **Osoba pracująca** | □ TAK □ NIEjeśli TAK proszę podać:1. zawód wykonywany: …...........………………………………………...……………………………….
2. miejsce pracy: ……..……….…………………………………………………………………………………..……………………

………………….…………………………………………………………………………………………………….c) w tym:□ rolnik □ samozatrudniony/prowadzący działalność na własny rachunek □ zatrudniony w mikro/małym/średnim przedsiębiorstwie (MMŚP)□ zatrudniony w dużym przedsiębiorstwie□ zatrudniony w administracji rządowej□ zatrudniony w administracji samorządowej□ zatrudniony w organizacji pozarządowej□ inne, jakie?................................................................. |
| **Osoba niepełnosprawna** | □ Tak □ NieJeśli TAK proszę załączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / niezdolności do pracy / inne równoważne orzeczenie (np. KRUS) |

1. **Dodatkowe informacje:**

|  |  |
| --- | --- |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia | □ Tak □ Nie |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | □ Tak □ Nie |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (m. in. zamieszkuję gminę wiejską lub miejsko-wiejską powiatu polickiego [wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3]) |  **X** Tak □ Nie |

Ja, niżej podpisany/-a, świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444, 1517) oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Formularzu zgłoszeniowym do projektu” są zgodne z prawdą i aktualne.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………..…………………………………………… |
| **MIEJSCOWOŚĆ I DATA** | **CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU** |

**DOKUMENT WEWNĘTRZNY**

**POTWIERDZENIE KWALIFIKOWALNOŚCI UCZESTNIKA PROJEKTU**

Potwierdzam, że Pan/Pani………………………………..……………………………………………………………..……………….……………

*(imię i nazwisko kandydata do projektu)*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

*(PESEL i adres zamieszkania kandydata do projektu)*

spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie: *(należy postawić znak ,,x” w odpowiednim kwadracie):*

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryteria formalne**(obowiązkowe) |  (aby zakwalifikować osobę musi spełniać oba kryteria):1. Miejsce zamieszkania:□ w jednej z gmin powiatu polickiego tj. Police, Kołbaskowo, Nowe Warpno, Dobra.2. Osoba należąca do **jednej z poniższych grup docelowych**, do których skierowany jest projekt:□ **Osoby (rodziny) w kryzysie,** zagrożone ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym, z niskimi kompetencjami opiekuńczo wychowawczymi.□ **Osoby sprawujące pieczę zastępczą, kandydaci** na rodziny wspierające, zastępcze. |
| **Kryteria merytoryczne**(w zależności od grupy docelowej wskazanej powyżej -obowiązkowe) | (aby zakwalifikować osobę musi spełniać minimum jedno z poniższych kryteriów):□ osoby zagrożenie odebraniem dziecka (nadzór kuratora) lub odebrane dziecko, □ sytuacja życiowa uzasadniająca udział w projekcie (diagnoza osobista kandydata),□ motywacja do zmiany sytuacji życiowej,□ brak wiedzy, umiejętności, niskie kompetencje opiekuńcze/rodzicielskie do sprawowania zastępczej opieki na dzieckiem.□ brak wiedzy, umiejętności, niskie kompetencje do pracy z rodziną biologiczną w celu readaptacji dziecka i/lub utrzymania więzi z rodziną biologiczną. |
| **Kryteria premiujące** | □ osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek □ osoby z niepełnosprawnościami (orzeczenie o stopniu niepełnosprawności), □ kobiety w ciężkiej sytuacji na rynku pracy i//lub brak/niskie kwalifikacje zawodowe,□ zamieszkałe na obszarach wiejskich powiatu polickiego. |

Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Potwierdzeniu kwalifikowalności Uczestnika projektu” są zgodne z prawdą i aktualne.

...............................................................................................

*(data i podpis Uczestnika projektu)*

…………………………......................................................................

*(podpis i pieczęć pracownika przyjmującego oświadczenie)*