Załącznik nr 1do Regulaminu rekrutacji

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„REGIONALNE CENTRUM WSPARCIA OSÓB NIESAMODZIELNYCH”**

1. **Wnioskowane wsparcie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wnioskowane wsparcie** | □Dzienny Dom Pomocy (usługi w budynku RCWON)□Dom Wspierany (usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania)□Dom Wspierany (usługi sąsiedzkie) |

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:** | ………………………….. | **Powiat:** | □POLICKI□m. SZCZECIN□GRYFIŃSKI□STARGARDZKI |
| **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) |
| **Osoba niesamodzielna wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | □ Tak □ NieJeśli TAK proszę załączyć kserokopię zaświadczenia od lekarza/pielęgniarkilub innego dokumentuo ocenie stanu zdrowia według skali Barthel. |
| **Korzystanie ze świadczeń Ośrodka Pomocy Społecznej** | □ Tak □ NieJeśli TAK proszę zaznaczyć powód otrzymania pomocy z Ośrodka Pomocy Społecznej:□Ubóstwo,□Sieroctwo,□Bezdomność,□Bezrobocie.□Niepełnosprawność,□Długotrwała lub ciężka choroba□Inny powód? Podać jaki ……………………………………………. |
| **Korzystanie z usług opiekuńczych z Ośrodka Pomocy Społecznej** | □ Tak □ NieJeśli TAK proszę podać w jakim wymiarze godzinowym otrzymuje Pani wsparcie usług opiekuńczych z OPS?:……………………………………………. godzin dziennie,……………………………………………. godzin w miesiącu. |

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 | □Tak □ Nie |
| Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020**(PO PŻ)** | □ 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 2019 r. poz. 730, 858, 870, 1135, 1579) 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 kryteria 1 i 2):1. Miejsce zamieszkania:* w jednej z gmin z następujących powiatów województwa zachodniopomorskiego tj. powiat policki, powiat m. Szczecin, powiat gryfiński, stargardzki (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego).

2. Osoba spełniająca **obydwa** poniższe kryteria udziału:* **Osoba, której dochód nie przekracza 150%właściwego kryterium dochodowego**(na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.
* **Osoba niesamodzielna** ze względu na wiek, stan zdrowia lub posiadaną niepełnosprawność (uzyskanie mniej, niż 80 punktów w Skali Barthel).

3. Osoba wielokrotnie wykluczona społecznie (**minimum 50% uczestników projektu!**):* **Osoba zagrożona ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym**doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego tzn. więcej, niż jedna przesłanka np.

- niesamodzielna i niepełnosprawna jednocześnie,- niesamodzielna i korzystająca ze wsparcia OPS np. z powodu ubóstwa,- itp. |
| **Kryteria merytoryczne**(premiujące) | □podeszły wiek,□ciężka sytuacja zdrowotna,□posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności,□ciężka sytuacja życiowa uzasadniająca udział w projekcie, □motywacja do zmiany/poprawy sytuacji życiowej. |

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

*(podpis i pieczęć pracownika kwalifikującego do udziału w projekcie)*