



**Brzeski Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Brześciu Kujawskim**



Załącznik nr 2 do Zarządzenia nr 3/2025
Dyrektora Brzeskiego Ośrodka Pomocy
Społecznej w Brześciu Kujawskim
z dnia 20 stycznia 2025r.

**FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY ZAINTERESOWANEJ UCZESTNICTWEM
W KONTYNUACJI PROJEKTU “ROZWÓJ USŁUG SPOŁECZNYCH
W GMINIE BRZEŚĆ KUJAWSKI”**

| | |
|---|---------------------------|
| Data i godzina wpływu formularza rekrutacyjnego: | Data..... Godzina..... |
| Formularz rekrutacyjny został zarejestrowany pod numerem: | Nr |

Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich białych pól i zaznaczenie właściwych odpowiedzi na pytania zawarte w formularzu rekrutacyjnym

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------|--------------------------|--|--------------|--|--|--|--|--|--|
| I. DANE OSOBOWE KANDYDATKI/KANDYDATA DO UCZESTNICTWA W KONTYNUACJI PROJEKTU: | | | | | | | | | | |
| IMIĘ (IMIONA): | | | | | | | | | | |
| NAZWISKO: | | | | | | | | | | |
| PŁEĆ: | kobieta | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| | mężczyzna | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| PESEL: | | | | | | | | | | |
| II. ADRES ZAMIESZKANIA | | | | | | | | | | |
| ULICA: | | | | | | | | | | |
| NR DOMU | | | | NR LOKALU | | | | | | |
| MIEJSCOWOŚĆ | | | | KOD POCZTOWY | | | | | | |
| GMINA | | | | POWIAT | | | | | | |
| WOJEWÓDZTWO | | | | | | | | | | |
| OBSZAR ZAMIESZKANIA <input type="checkbox"/> MIEJSKI <input type="checkbox"/> WIEJSKI | | | | | | | | | | |
| TELEFON KONTAKTOWY | | | | | | | | | | |
| ADRES E-MAIL | | | | | | | | | | |



III. ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisywać)

ULICA:

NR DOMU

NR DOMU

NR DOMU

MIEJSCOWOŚĆ

MIEJSCOWOŚĆ

MIEJSCOWOŚĆ

GMINA

GMINA

GMINA

WOJEWÓDZTWO

OBSZAR ZAMIESZKANIA

MIEJSKI

WIEJSKI

TELEFON KONTAKTOWY:

ADRES E-MAIL

IV. WYKSZTAŁCENIE (zaznaczyć właściwe)

- wyższe
- policealne
- ponadgimnazjalne
- gimnazjalne
- podstawowe
- brak

V. STATUS KANDYDATKI/KANDYDATA NA RYNKU PRACY:

Osoba bezrobotna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy, w tym:

- osoba długotrwale bezrobotna

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy

Osoba bierna zawodowo, w tym:

- osoba ucząca się

- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu

Osoba pracująca (niezależnie od rodzaju umowy) – w przypadku odpowiedzi TAK należy podać:

- nazwę przedsiębiorstwa/ instytucji, w której osoba jest zatrudniona

- wykonywany zawód

Tak

Nie

Tak

Nie

Tak

Nie

Tak

Nie

Tak

Nie

Tak

Nie

Tak

Nie



VI. STATUS KANDYDATKI/KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO KONTYNUACJI PROJEKTU :

| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|--|
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi |
| Osoba z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <input type="checkbox"/> Odmowa odpowiedzi |

VII. KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU W KONTYNUACJI PROJEKTU- OBLIGATORYJNE:

| | | |
|---|------------------------------|---|
| Osoby zamieszkująca w Województwie Kujawsko - Pomorskim na terenie Gminy Brześć Kujawski - (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym lub ubóstwem, kosztująca ze świadczeń pomocy społecznej | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie Dokument wymagany na potwierdzenie: -oświadczenie kandydatki/kandydata |
| Uczeń/ dziecko w wieku od 3 r.ż. do 24 r.ż. posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności oraz dzieci i młodzież posiadające orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim (orzeczenia te są wydawane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej, w tym specjalistycznej) | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie Dokument wymagany na potwierdzenie: -zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie kandydatki/kandydata potwierdzające stan faktyczny |
| Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |



| | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|---|
| samodzielnego wykonywani najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego | | | Dokument wymagany na potwierdzenie: -zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie kandydatki/kandydata potwierdzające stan faktyczny |
| VIII. KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO UCZESTNICTWA W KONTYNUACJI PROJEKTU – KRYTERIUM PIERWSZEŃSTWA: | | | |
| Osoba o niskim dochodzie (osoba, której dochód nie przekracza 200% właściwego kryterium dochodowego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej) | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | 30 pkt Dokument wymagany na potwierdzenie: -oświadczenie Kandydatki/kandydata (ma prawo zweryfikować tę kwestię w oparciu dokumentację (np. PIT, dochody z renty, emerytury, wywiad w BOPS) |
| IX. KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU W KONTYNUACJI PROJEKTU - KRYTERIA DODATKOWE: | | | |
| Osoba doświadczających wielokrotnego wykluczenia społecznego | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | 5 pkt Dokument wymagany na potwierdzenie: - oświadczenie Kandydatki/kandydata |
| Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | 5 pkt Dokument wymagany na potwierdzenie: - orzeczenie o stopniu niepełnosprawności orzeczenie równoważne |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną, oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | 5 pkt Dokument wymagany na potwierdzenie: - orzeczenie o niepełnosprawności orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza |
| Osoba korzystająca z FEPŻ (indywidualnie lub jako rodzina), o ile zakres wsparcia w projekcie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w FEPŻ | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | 5 pkt Dokument wymagany na potwierdzenie: - oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu |



**Brzeski Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Brześciu Kujawskim**



| | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|---|
| Osoba kontynuująca uczestnictwo w okresie wsparcia trwałości projektu | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | 5 pkt Dokument wymagany na potwierdzenie: - oświadczenie Kandydatki/kandydata |
| X. RODZAJ WSPARCIA: Proszę wybrać formę wsparcia, w której kandydatka/kandydat deklaruje uczestnictwo w: | | | |
| <input type="checkbox"/> w kontynuacji projektu w Świetlicy Integracyjno-Trapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży | | | |

.....
Miejscowość, data

.....
kandydatki/kandydata/opiekuna prawnego

XI. OŚWIADCZENIA OBOWIĄZKOWE:

1. Wyrażam zgodę na objęcie mnie procedurą rekrutacyjną do kontynuacji projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Brześć Kujawski”. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą i stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. z 2023 r. poz. 775, poz. 803) jaką ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych;
2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w kontynuacji projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Brześć Kujawski”. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie formularza rekrutacyjnego i podpisanie niniejszego oświadczenia nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do kontynuacji projektu. W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w kontynuacji projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Brześć Kujawski” zobowiązuję się do podpisania dokumentów regulujących szczegółowe zasady udziału w zajęciach;
3. Czas trwania kontynuacji projektu: od momentu złożenia deklaracji uczestnictwa do 30.09.2025 r. ;
4. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w kontynuacji projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Brześć Kujawski” będę z obowiązany/a do udziału we wszystkich zaproponowanych mi działaniach;
5. Zostałem poinformowany/a, że kontynuacja projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Brześć Kujawski” jest realizowana ze środków Gminy Brześć Kujawski oraz, że mój ewentualny udział w projekcie jest nieodpłatny;
6. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w kontynuacji projektu i akceptuję jego warunki.



**Brzeski Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Brześciu Kujawskim**



7. W przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w kontynuacji projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Brześć Kujawski” wyrażam zgodę na nieodpłatne, wielokrotne i bezterminowe utrwalenia i rozpowszechnianie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach wykonanych w ramach działań promocyjnych i archiwizacyjnych do kontynuacji projektu, na stronie internetowej realizatora kontynuacji projektu www.brzesckujawski.pl, w publikacjach oraz za pośrednictwem wszelkich pozostałych mediów/kanałów dystrybucji informacji o kontynuacji projektu. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie tych zdjęć nie stanowi naruszenia moich dóbr osobistych. Zdjęcia te mogą być wykorzystane wyłącznie do działań informacyjno – promocyjnych kontynuacji projektu;

8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Gminę Brześć Kujawski oraz Brzeski Ośrodek Pomocy Społecznej w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia rekrutacji do kontynuacji projektu oraz realizacji RPO WK-P 2014-2020 zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119/1 z 4.05.2016 r.), zwanego dalej „RODO” oraz Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000). Oświadczam, że zapoznałem się z informacjami zawartymi w poniższej klauzuli informacyjnej RODO

.....
Miejscowość i data

.....
kandydatki/kandydata/opiekuna prawnego