

## FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY ZAINTERESOWANEJ UCZESTNICTWEM W KLUBIE SAMOPOMOCY DLA OSÓB STARSZYCH

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

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

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI DO UCZESTNICTWA W KLUBIE			
IMIE (IMIONA):			
NAZWISKO:			
PŁEĆ:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
PESEL:			
II. ADRES ZAMIESZKANIA			
ULICA:			
NR DOMU:		NR LOKALU:	
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
GMINA:		POWIAT:	
WOJEWÓDZTWO:			
OBSZAR ZAMIESZKANIA:			
TELEFON KONTAKTOWY:			
ADRES E-MAIL:			
III. ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)			
ULICA:			
NR DOMU:		NR LOKALU:	
MIEJSCOWOŚĆ:		KOD POCZTOWY:	
GMINA:		POWIAT:	
WOJEWÓDZTWO:			
OBSZAR ZAMIESZKANIA:			
IV. WYKSZTAŁCENIE			
<input type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> brak			
V. STATUS NA RYNKU PRACY			
Osoba bezrobotna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bezrobotna zarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy, w tym: - osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w powiatowym urzędzie pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bierna zawodowo, w tym: ucząca się	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bierna zawodowo w tym: nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba pracująca (niezależnie od rodzaju umowy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
W przypadku odpowiedzi TAK, należy podać: - nazwę przedsiębiorstwa/instytucji, w której osoba jest zatrudniona - wykonywany zawód			
<b>VI. STATUS W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO KONTYNUACJI PROJEKTU</b>			
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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<b>VII. KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO UCZESTNICTWA W KLUBIE</b>			
Osoba 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, korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
		Dokument wymagany na potwierdzenie – oświadczenia Kandydata/tki	
Osoba, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
		Dokument wymagany na potwierdzenie - oświadczenia Kandydata/tki	
<b>VIII. KRYTERIUM KWALIFIKUJĄCE DO UCZESTNICTWA W KLUBIE – KRYTERIUM PIERWSZEŃSTWA</b>			
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 Kandydata/tki (BOPS ma prawo zweryfikować tę kwestię w oparciu o dokumentację, np. PIT, dochody z emerytury/renty, rodzinny wywiad środowiskowy)
<b>IX. KRYTERIA KWALIFIKUJĄCE DO UDZIAŁU W KONTYNUACJI PROJEKTU – KRYTERIA DODTKOWE</b>			
	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	5 pkt.

Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego			Dokument wymagany na potwierdzenie - oświadczenie Kandydata/cki
Osoba ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. 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 lub dokument równoważny
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby 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 stopniu niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza
Osoba korzystająca z FE PŻ (indywidualnie lub jako rodzina) o ile zakres wsparcia w Klubie nie jest tożsamy z zakresem wsparcia w FE PŻ	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	5 pkt. Dokument wymagany na potwierdzenie - oświadczenie lub inny dokument potwierdzający korzystanie z Programu
Osoba kontynuująca uczestnictwo w okresie wsparcia trwałości projektu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	5 pkt. Dokument wymagany na potwierdzenie - oświadczenie Kandydata/cki

#### X. 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 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny 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. Zobowiązuję się do podpisania dokumentów regulujących szczegółowe zasady udziału w zajęciach
3. Czas trwania kontynuacji projektu: od momentu podpisania umowy do 30.09.2025 r.
4. Zostałem/am poinformowany/a, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w kontynuacji projektu będę zobowiązany/a do udziału we wszystkich zaproponowanych mi działaniach
5. Zostałem/am poinformowany/a, że kontynuacja projektu „Rozwój Usług Społecznych w Gminie Brześć Kujawski” jest realizowana ze środków Gminy Brześć Kujawski
6. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w kontynuacji projektu i akceptuję jego warunki

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis Kandydata/cki lub opiekuna prawnego