Załącznik nr 1 do 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 □ NIE  jeśli 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 □ Nie  Jeśli TAK proszę załączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności / niezdolności do pracy / inne równoważne orzeczenie (np. KRUS) |
| **Osoba niesamodzielna wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu** | □ Tak □ Nie  Jeśli TAK proszę załączyć kserokopię zaświadczenia od lekarza/pielęgniarki lub innego dokumentu o ocenie stanu zdrowia według skali Barthel. |
| **Korzystanie ze świadczeń Ośrodka Pomocy Społecznej** | □ Tak □ Nie  Jeśli 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 □ Nie  Jeśli 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)*