Załącznik nr 1 do
REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA W PROJEKCIE
nr FEMP.06.23-IP.01-0914/24
"Małopolskie centra usług społecznych"

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Data i godzina przyjęcia formularza	
Numer Identyfikacyjny Kandydata/Kandydatki	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie nr FEMP.06.23-IP.01-0914/24 pn. „Małopolskie centra usług społecznych”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki.
4. Jeśli pytanie nie dotyczy kandydata/tki prosimy wpisać adnotację „***Nie dotyczy***”.
5. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
6. Wybraną odpowiedź w pytaniach należy zaznaczyć symbolem „**X**”.
7. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
8. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.

Dane podstawowe kandydata/kandydatki												
Imię												
Nazwisko												
Data urodzenia												
Wiek												
Płeć	☐ **Kobieta** ☐ **Mężczyzna**											
PESEL												☐ **Brak numeru PESEL**

Obywatelstwo	☐ **obywatelstwo polskie** ☐ **brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE** ☐ **brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec**
Wykształcenie (właściwe zaznaczyć)	☐ **średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)** (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum) ☐ **ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)** (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną) ☐ **wyższe (ISCED 5–8)** (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)

Adres zamieszkania	
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica, nr domu/lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

Dane kontaktowe	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
Adres do korespondencji	**(Proszę wypełnić, jeśli stały adres do korespondencji jest inny niż adres zamieszkania)** DOTYCZY ☐ NIE DOTYCZY ☐
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica, nr domu/lokalu	
Kod pocztowy	
Poczta	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć)
Osoba bierna zawodowo,	☐ tak

w tym ucząca się:	□ tak
Osoba bezrobotna	□ tak
Osoba pracująca	□ tak

DODATKOWE INFORMACJE	(właściwe zaznaczyć)
Osoba z niepełnosprawnościami	□ tak □ nie □ odmowa podania informacji
Osoba obcego pochodzenia tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa	□ tak □ nie □ odmowa podania informacji
Osoba z państwa trzeciego tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	□ tak □ nie □ odmowa podania informacji
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej: • mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; • mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; • społeczności marginalizowane: Romowie	□ tak □ nie □ odmowa podania informacji
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	□ tak □ nie □ odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	□ tak □ nie □ odmowa podania informacji

KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ	
Przynależność do grupy docelowej – proszę zaznaczyć „**X**” we właściwym polu	**<u>KRYTERIA FORMALNE:</u>** ☐ osoba zamieszkująca na terenie gminy Mogilany **<u>KRYTERIA PREMIUJĄCE:</u>** ☐ osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących ją do wsparcia w projekcie lub spełniającą więcej niż jedną przesłankę określoną w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ☐ osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, ☐ osoba z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z chorobami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)

	☐ osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej ☐ osoba korzystająca z programu FE PŻ ☐ osoba, która opuściła jednostki penitencjarne w terminie ostatnich 12 miesięcy

USŁUGI SPOŁECZNE		
PAKIET I - GMINA MOGILANY DLA RODZINY		
Konsultacje psychologiczne dzieci i młodzieży	Dzieci i młodzież w wieku szkolnym	☐
Warsztaty kreatywnego spędzania wolnego czasu	Dzieci i młodzież w wieku szkolnym	☐
Warsztaty podnoszące kompetencje rodzicielskie i wychowawcze	Rodziców/ opiekunowie/osoby planujące powiększenie rodziny	☐
Konsultacje prawne	Mieszkańcy gminy Mogilany	☐
PAKIET II - GMINA MOGILANY DLA SAMODZIELNOŚCI		
"Dom pełen troski"– szkolenie z opieki nad seniorem i osobą niesamodzielną	Opiekunowie osób starszych i osób niesamodzielnych	☐
„Ruszaj z nami! Program aktywności dla seniorów"	Seniorzy z terenu gminy Mogilany	☐

SZCZEGÓLNE POTRZEBY W ZWIĄZKU Z CHĘCIĄ UDZIAŁU W PROJEKCIE:		
Rodzaj potrzeb (proszę zaznaczyć „X" we właściwym polu oraz opisać) jeżeli dotyczy)	Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową ☐ Tak ☐ Nie	Proszę opisać:
	Zapewnienie tłumacza języka migowego: ☐ Tak ☐ Nie	
	Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką ☐ Tak ☐ Nie	
	Potrzeba dostosowania posiłków celem uwzględnienia specyficznych potrzeb żywieniowych ☐ Tak ☐ Nie	Proszę opisać jakie:
	Inne specjalne potrzeby ☐ Tak ☐ Nie	Proszę opisać jakie:

WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW:	**TAK**	**NIE**
Dokument potwierdzający status mieszkańca gminy Mogilany, np. PIT, zaświadczenia o zameldowaniu, , zaświadczenie z tytułu opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi itd.	☐	☐
Oświadczenie o braku udziału w innym projekcie aktywizacji społeczno-zawodowej	☐	☐
Zaświadczenie z CUS lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej lub świadczeń rodzinnych	☐	☐
Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (kopia poświadczona przez kandydata/tkę za zgodność z oryginałem)	☐	☐
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza taki jak np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia – w przypadku osób z niepełnosprawnością sprzężoną, osoby z chorobami psychicznymi, osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	☐	☐
Dokument wystawiony przez Centrum Usług Społecznych lub przez organizację partnerską wydającą żywność zawierający informację o korzystaniu z programu FE PŻ	☐	☐
Zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce	☐	☐
Świadectwo zwolnienia z jednostki penitencjarnej	☐	☐

Ja, niżej podpisany/-a, oświadczam, że:

1. Jestem świadomy /-a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą wynikającej z art.233 §1 oraz art.297 Kodeksu karnego i przyjmuje do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje.
2. Dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym, w tym wszystkie oświadczenia są zgodne z prawdą.
3. Zapoznałem/-am się z zasadami udziału zawartymi w Regulaminie rekrutacji i udziału w projekcie nr FEMP.06.23-IP.01-0914/24 „Małopolskie centra usług społecznych”, akceptuję jego postanowienia, spełniam kryteria uczestnictwa

określone w regulaminie i w przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do jego bezwzględnego przestrzegania.

4. Deklaruję aktywne uczestnictwo w określonych formach wsparcia, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji, niezwłocznie poinformuję o tym fakcie.
5. Wyrażam zgodę na współpracę z pracownikami Centrum Usług Społecznych w Mogilanach oraz podmiotami zaangażowanymi w realizację projektu.
6. Przyjmuję do wiadomości, że wszystkie dokumenty związane z uczestnictwem w projekcie, przekazane do Centrum Usług Społecznych stają się jego własnością i nie mam prawa żądać ich zwrotu.
7. Zostałem/-am poinformowany/-a o współfinansowaniu projektu pn. „Małopolskie centra usług społecznych”ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach programu „Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027”.

…….. ……

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/Kandydatki

……..

Podpis opiekuna prawnego

Kandydata/Kandydatki (jeśli dotyczy)