Fundusze Europejskie dla Śląskiego | Dofinansowane przez Unię Europejską | Województwo Śląskie

Projekt

„Złoty wiek – piękny wiek” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATA/TKI DO PROJEKTU
„Złoty wiek – piękny wiek”

Cześć I Wypełnia kandydat/ka na uczestnika Projektu

DANE PERSONALNE			
imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
PESEL/ Inny identyfikator:		Wiek:	
Obywatelstwo:	☐ Polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa- obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE- obywatel kraju spoza EU/bezpaństwowiec		
Wykształcenie:	☐ Średnie I stopnia lub niższe ☐ Ponadgimnazjalne lub policealne ☐ Wyższe		
DANE TELEADRESOWE:			
Kraj:			
Województwo:			
Powiat:			
Miejscowość:			
Ulica:			
Numer budynku:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	

STATUS KANDYDATA/TKI NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
*Status zawodowy kandydata/tki:	Osoba bezrobotna	☐ Tak ☐ Nie
	W tym: ☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne	
	Osoba bierna zawodowo:	☐ Tak

		☐ Nie
	W tym: ☐ Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ Inne	
	Osoba pracująca:	☐ Tak ☐ Nie
	W tym: ☐ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ Osoba pracująca w administracji rządowej ☐ Osoba pracująca w administracji samorządowej(z wyłączeniem szkół i placówek oświaty ☐ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ Osoba pracująca w MMŚP ☐ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ Osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ Osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ☐ Osoba pracująca na uczelni ☐ Osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ Osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ Osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ Osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ Osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ Osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ Inne	

STATUS UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
*Dane wrażliwe:	Osoba obcego pochodzenia	☐ Tak ☐ Nie

	Obywatel/ka państwa trzeciego	☐ Tak ☐ Nie
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
	Osoba z niepełnosprawnościami **<u>*należy dołączyć orzeczenie</u>**	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
Sytuacja dochodowa *-Dochód powyżej wysokości kryterium dochodowego określonego w art. 8 ust. 1 pkt. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:*	**W przypadku osoby samotnie gospodarującej**	☐ Tak ☐ Nie
	W przypadku osoby w rodzinie na osobę	☐ Tak ☐ Nie

KRYTERIA DODATKOWE:	
o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	☐ Tak ☐ Nie
z niepełnosprawnością sprzężoną	☐ Tak ☐ Nie
z chorobami psychicznymi	☐ Tak ☐ Nie
z niepełnosprawnością intelektualną	☐ Tak ☐ Nie
z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	☐ Tak ☐ Nie
korzystające z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027	☐ Tak ☐ Nie
zamieszkujące samotnie	☐ Tak

	☐ Nie
w kryzysie bezdomności, dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożonych bezdomnością (w zakresie wsparcia mieszkaniowego)	☐ Tak ☐ Nie
dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną - gdy będą otoczeniem seniorów	☐ Tak ☐ Nie ☐ Nie dotyczy

Rodzaj uczestnika/czki:	☐ Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
	☐ Osoba z niepełnosprawnościami

RODZAJ WSPARCIA O KTÓRY WNIOSKUJE KANDYDAT/KA **(proszę zaznaczyć tylko jeden klubu, w ramach którego będzie udzielenie Pan/Pani wsparcie)**		
Usługi świadczone na rzecz osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu: ☐ Miejski klub seniora oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” ☐ Klub seniora Kiedrzyn oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” ☐ Klub seniora Północ oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” ☐ Klub seniora Centrum oraz uzupełniająco usługi „złotej rączki” ***(w przypadku braku miejsc w preferowanym klubie seniora proszę podać klub seniora drugiego wyboru ……..)**		
Do wniosku załączam następujące załączniki:		
1	Zaświadczenie lekarskie	**TAK / NIE**
2.	Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	**TAK / NIE**
3.	potwierdzone przez Urząd Skarbowy roczne deklaracje rozliczeniowe dotyczące podatków od dochodów osobistych za rok ubiegły (PIT).	**TAK / NIE**

miejscowość i data	**czytelny podpis Kandydata/tki do projektu**

Fundusze Europejskie dla Śląskiego | Dofinansowane przez Unię Europejską | Województwo Śląskie

Projekt

„Złoty wiek – piękny wiek” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

ZAŚWIADCZENIE LEKARZA

DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O OBJĘCIE WSPARCIEM W RAMACH PROJEKTU „ZŁOTY WIEK – PIĘKNY WIEK”	
imię i nazwisko	
PESEL	
miejsce zamieszkania (Kod pocztowy, miejscowość, poczta, powiat, województwo ulica/ numer	
Wyżej wymieniona osoba z uwagi na wiek, schorzenia, niepełnosprawność wymaga wsparcia w codziennym funkcjonowaniu poprzez objęcie usługami opieki środowiskowymi.	**TAK / NIE**
miejscowość, data	
pieczęć i podpis lekarza	
pieczęć podmiotu leczniczego	