

Fundusze Europejskie
dla PomorzaRzeczpospolita
PolskaDofinansowane przez
Unię EuropejskąURZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGOZałącznik nr 1a
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**FORMULARZ REKRUTACYJNY****Projekt: Koordynacja zdeinstytucjonalizowanych usług społecznych**

dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027)

!! UWAGA!! FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE WILEKIMI LITERAMI**INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMującą FORMULARZ**

Data wpływu formularza	
------------------------	--

DANE PERSONALNE

Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Telefon	
Adres e-mail	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Obywatelstwo	

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Kraj			

ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić, jeżeli jest inny niż zamieszkania)

Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			

**WYKSZTAŁCENIE***(prosimy wstawić znak X w odpowiedniej rubryce)*

Podstawowe		Średnie ogólne	
Gimnazjalne		Średnie zawodowe	
Ponadgimnazjalne		Policealne	
Zawodowe		Wyższe	

STATUS KANDYDATA W CHWILI SKŁADANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO*(prosimy zaznaczyć T/N w rubryce)*

Osoba z niepełnosprawnościami (<i>posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub innego dokumentu poświadczającego stan zdrowia</i>)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
--	--

PRZYNALEŻNOŚĆ DO NASTĘPUJĄCEJ GRUPY*(prosimy wstawić znak x w odpowiednich rubrykach)*

Osoby z niepełnosprawnościami/ przewlekle chore / w wieku powyżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Seniorzy powyżej 60 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTAPIENIA DO PROJEKTU

<input type="checkbox"/> bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba należąca do III profilu pomocy <input type="checkbox"/> osoba należąca do I lub II profilu nabywcy
<input type="checkbox"/> bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> inne



Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12.03.2004 r o pomocy społecznej lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określone w art. 7 ustawy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Opiekun faktyczny/nieformalny – osoba sprawująca opiekę nad osobami potrzebującymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba z krajów trzecich	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba samotnie gospodarująca	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba długotrwale i przewlekle chora	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba lub rodzina korzystająca ze wsparcia w ramach FE PŻ(Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy osoba biorąca udział w projekcie zgłasza specjalne potrzeby podczas realizacji projektu np.: materiały wydrukowane w dużej czcionce, tłumaczenie na język migowy, podjazd dla niepełnosprawnych, winda, środek lub urządzenie wspomagający słuch.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

Fundusze Europejskie
dla PomorzaRzeczpospolita
PolskaDofinansowane przez
Unię EuropejskąURZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGOZałącznik nr 1b
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie**FORMULARZ REKRUTACYJNY DZIECKA DO PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO****Projekt: Koordynacja zdeinstytucjonalizowanych usług społecznych**

dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działanie 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027)

INFORMACJE WYPEŁNIANE PRZEZ OSOBĘ PRZYJMUCĄ WNIOSEK

Data wpływu formularza	
------------------------	--

DANE PERSONALNE WYCHOWANKA

Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Telefon	
Adres e-mail	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Obywatelstwo	

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Kraj			

**INFORMACJE DODATKOWE O WYCHOWANKU**

Pełna nazwa i adres szkoły		
Planowana data zakończenia edukacji		
Dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego (zaznaczyć właściwe)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
INFORMACJE O RODZICACH /OPIEKUNACH PRAWNYCH		
Imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego		
Imię i nazwisko ojca / opiekuna prawnego		
Nr telefonu kontaktowego		
ulica		
Nr domu		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Poczta		
gmina		
Powiat		
Województwo		
kraj		
OŚWIADCZENIE O SYTUACJI RODZINNEJ		
Rodzina korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (w tym zwłaszcza problem przemocy, alkoholizmu, narkomanii)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie



Fundusze Europejskie
dla Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Czy osoba biorąca udział w projekcie zgłasza specjalne potrzeby podczas realizacji projektu np.: materiały wydrukowane w dużej czcionce, tłumaczenie na język migowy, podjazd dla niepełnosprawnych, winda, środek lub urządzenie wspomagający słuch.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica/ opiekuna)