*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

*rekrutacji i uczestnictwa*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**
do projektu pn.

**„Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA””**

współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Pomorskiego na lata 2014 – 2020.

 **OŚ PRIORYTETOWA 6. Integracja**

**DZIAŁANIE 6.2. Usługi społeczne**

**PODDZIAŁANIE 6.2.2. Rozwój usług społecznych**

**Proszę uzupełnić drukowanymi literami lub wstawić znak „x” w wybrane pola.**

**DANE OSOBOWE**

**Imię:**

**Nazwisko:**

**PESEL:**

**Seria i numer dowodu osobistego:**

**Płeć:**  K M

**Data urodzenia (DD/MM/RRRR):**

**Wiek w chwili przystąpienia do projektu:**

**Wykształcenie:**  Niższe niż podstawowe, Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne Policealne Wyższe

**DANE KONTAKTOWE**

**Kraj: Województwo:**

**Powiat: Gmina:**

**Miejscowość: Kod pocztowy:**

**Ulica:**

**nr budynku: nr lokalu: tel.:**

**e-mail:**

**ADRES ZAMIESZKANIA (wypełnić jeżeli jest inny niż powyższy)**

**Miejscowość: Kod pocztowy:**

**Ulica:**

**nr budynku: nr lokalu:**

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA**

**Data rozpoczęcia udziału w projekcie:**

**Rodzaj wsparcia o które ubiega się Beneficjent:**

**□ Powiatowa Rada Seniorów**

**□ Usługi społeczne – Powiat Kartuski**

□ Usługi rehabilitacyjne

 □ Wsparcie psychologa

**□ Usługi – Seniorzy – Chmielno**

□ Opieka wytchnieniowa

 □ Klub Seniora

 □ Teleopieka

 □ Szkolenia dla opiekunów faktycznych

 □ Mobilne usługi opiekuńcze – rehabilitant

**□ Usługi – Seniorzy – Żukowo**

 □ Uniwersytet Trzeciego Wieku

**□ Usługi – Seniorzy – Somonino**

□ Usługi dziennych asystentów osób niepełnosprawnych

 □ Opieka wytchnieniową

 □ Wsparcie dla rodzin

 □ Kluby Seniora

**□ Usługi – Seniorzy – Sulęczyno**

□ Kluby Seniora

**□ Wsparcie osób niepełnosprawnych i ich rodzin**

□ Wsparcie osób niepełnosprawnych i ich rodzin (gabinet: logopedyczny, doświadczania

 świata, sensoryczny, pracownia metodą Tomatisa i Biofeedbacka)

 □ Weekendowe spotkania rodzinne

**□ Piecza zastępcza**

 **□** Konsultacje psychologiczne indywidualne i grupowe

□ Poradnictwo zawodowe

 □ Poprawa mobilności zawodowej wychowanków (prawo jazdy kat. B)

 □ Szkolenia zawodowe oraz staże zawodowe

 □ Wsparcie środowiskowe

 □ Szkolenia i zajęcia wspierające dla kadry pracującej z wychowankami

**□ Mobilne usługi opiekuńcze**

□ Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania osób zależnych

 □ Dzienna opieka dla osób zależnych

 □ Warsztaty terapeutyczne

**Status osoby rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu *(zaznacz tylko jedną z trzech odpowiedzi):***

1. □ Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:
 □ w tym długotrwale bezrobotna:

**LUB**

1. □ Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy:
 □ w tym długotrwale bezrobotna:

**LUB**

1. □ Osoba bierna zawodowo:
 □ ucząca się
 □ nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu
 □ inne

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

**Osoba ubezpieczona w:**

□ ZUS:

□ KRUS:

**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:** □ tak:
 □ nie:
 □ odmowa podania informacji:

**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:** □ tak
 □ nie

**Osoba z niepełnosprawnością:**□ tak
□ nie
□ odmowa podania informacji

**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:**□ tak
□ nie

**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:**□ tak
□ nie

**Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:**□ tak:
□ nie:

**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż powyżej):**□ tak:
□ nie:
□ odmowa podania informacji:

*Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art.* 233 *Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*

*Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa do projektu pn. „Zintegrowany system usług społecznych Powiatu Kartuskiego – POKOLENIA” i akceptuję jego warunki.*

………………………………………………… ….………………………………………….
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)