**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**DO PROJEKTU**

**PT. „SAMOPOMOCOWA GRUPA WSPARCIA”**

Projekt realizowany jest przez Gminę Zbójno/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zbójnie, współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 11. Rozwój Lokalny Kierowany Przez Społeczność, Działania 11.1 Włączenie społeczne na obszarach objętych LSR Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014–2020.

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem projektu* „*Samopomocowa grupa wsparcia”*

|  |  |
| --- | --- |
| Informacje wypełniane przez pracownika projektu | |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Podpis osoby przyjmującej formularz |  |

UWAGA:

1.Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń.

2.Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście w Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Zbójnie.

3. Realizator projektu zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | |
| Imię |  | | | | |
| Nazwisko |  | | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | Wiek: | |
| Płeć | Kobieta | | Mężczyzna | | |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
| Wykształcenie | brak  podstawowe  gimnazjalne  ponadgimnazjalne  policealne  wyższe | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | |
| Nr budynku: |  | Nr lokalu: | | |  |
| Miejscowość: |  | Kod pocztowy: | | | 87-645 |
| Gmina: | ZBÓJNO | Powiat: | | | GOLUBSKO - DOBRZYŃSKI |
| Województwo: | KUJAWSKO - POMORSKIE | | | | |
| Telefon: |  | | | | |
| Adres e-mail: |  | | | | |
| **ADRES KORESPONDENCYJNY** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisać jw.) | | | | | |
| Nr budynku/nr lokalu/miejscowość/  kod pocztowy/gmina/powiat/  województwo |  | | | | |

**II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do udziału w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne)** | 1. Osoba zamieszkuje na terenie gminy Zbójno:  TAK  NIE |
|  | 2. Osoba zamieszkująca na terenie rewitalizacji (Klonowo) wyznaczonym w Lokalnym Programie Rewitalizacji dla Gminy Zbójno na lata 2016-2026:  TAK  NIE |
|  | 3. Osoba w trudnej sytuacji życiowej/ przeżywająca kryzys/ wymagająca wsparcia \*-  a) kobieta  TAK  NIE  b) mężczyzna  TAK  NIE |
|  | 4. Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym  - osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące 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  TAK  NIE  - osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym  TAK  NIE  - osoby przebywające w pieczy zastępczej, w tym również osoby przebywające w pieczy zastępczej na warunkach określonych w art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą, rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej  TAK  NIE  - osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich  TAK  NIE  - osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198 z późn.zm.)  TAK  NIE  - osoby z niepełnosprawnością, tj. osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;  TAK  NIE  -członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich  nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością  TAK  NIE  - osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  TAK  NIE  - osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK  NIE  -osoby odbywające kary pozbawienia wolności w formie dozoru elektronicznego  TAK  NIE  - osoby korzystające z PO PŻ  TAK  NIE |
| 5. Osoba niepełnosprawna  TAK  NIE |
| 6. Miesięczny dochód netto (w miesiącu poprzedzającym złożenie formularza rekrutacyjnego) nie przekracza 150% kryterium dochodowego o którym mowa w ustawie z 12.03.2004r. o pomocy społecznej. tj.rodzina - na osobę w rodzinie jest niższy od kwoty 792,00 zł, osoba samotnie gospodarująca 1051,50 zł)  □ TAK □ NIE |

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

Oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuje się w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych poinformować Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Zbójnie.

Przystąpienie do Projektu jest równoznaczne z akceptacja Regulaminu Projektu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość ………………… | Data ….…………….……… | Podpis……………..………………….. |