

Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji I Uczestnictwa W Partnerskim Projekcie
pn. „Dom-RODZINA” o nr : FEPZ.06.22-IP.01-0002/23**Formularz Zgłoszeniowy
do udziału w projekcie pn. „Dom-RODZINA”**o nr : FEPZ.06.22-IP.01-0002/23 realizowanego w ramach Programu Fundusze Europejskie dla
Pomorza Zachodniego 2021-2027**INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA FORMULARZA**

Wszystkie pola w formularza muszą być wypełnione. Należy wypełniać tylko pola nieoznaczone kolorem.

Celem umożliwienia weryfikacji danych zawartych w formularzu, należy obowiązkowo wskazać numer telefonu i adres e-mail.

*Należy wstawić znak „x” we właściwym polu

** Należy wypełniać tylko pola nie wypełnione kolorem.

W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej, oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

CZĘŚĆ A (wypełnia uczestnik)

Nazwisko:		Imię:	
Kraj:	Polska	Obywatelstwo:	
Data urodzenia - (RRRR-MM-DD)		-	Płeć
PESEL:			
Dane kontaktowe- miejsce zamieszkania			
Ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
Miejscowość:		Powiat:	choszczeński
Województwo:	Zachodniopomorskie	Kod pocztowy:	
Tel.:		e-mail:	
Informacje na temat wykształcenia i zatrudnienia.			
Wykształcenie*:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe *	<input type="checkbox"/> Podstawowe *	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne*
<input type="checkbox"/> Policealne *	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne *	<input type="checkbox"/> Wyższe *	
Status uczestnika/czki na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu*:			
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	



w tym:	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	
Osoba bierna zawodowo w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne	
Osoba pracująca w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	<input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne	
Zatrudniony w (miejsce pracy):		
Forma zatrudnienia: um. o pracę, um. cywilnoprawna, własna działalność gospodarcza		
Wykonywany zawód		

Status uczestnika/czki w chwili przystąpienia do projektu*:

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań *	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba z niepełnosprawnościami *	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia*	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/>	Odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>	Tak*	<input type="checkbox"/>	Nie*

.....
 MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
 CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU¹

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.



Oświadczenie uczestnika/czki

Ja, niżej podpisany/a deklaruję gotowość do uczestnictwa w projekcie pn. „Dom-RODZINA” realizowanym przez Powiat Choszczeński/ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Choszczynie w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027 Działanie 6.22 Kompleksowe wsparcie na rzecz rodziny typ 1-5.

Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, a dane przedstawione przeze mnie w formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i pozostają aktualne na dzień podpisania niniejszej deklaracji.

Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU²

² W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

**CZĘŚĆ B (wypełnia podmiot realizujący projekt)****Kryteria dostępu:**

Uczestnik/czka zamieszkuje na terenie powiatu choszczeńskiego	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>
Uczestnik/czka nie otrzymuje wsparcia w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>
Uczestnik/czka należy do co najmniej jednej z poniższych grup:				
rodziny (biologiczne i zastępcze) z dziećmi, w tym doświadczające trudności opiekuńczo wychowawczych	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>
kandydaci na rodziny zastępcze	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>
osoby sprawujące opiekę nad dziećmi w formach przejściowych wraz z dziećmi	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>
kadry pracujące z rodziną	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>
osoby usamodzielniane i opuszczające pieczę zastępczą	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>
os. doświadczające przemocy domowej	Spełnia *	<input type="checkbox"/>	Nie spełnia*	<input type="checkbox"/>

Załączniki:

.....
Data i podpis pracownika merytorycznego

**CZĘŚĆ C (wypełnia podmiot realizujący projekt)****Szczególne cechy grupy docelowej:**

Nazwa kryterium	Maksymalna ilość punktów	Spełnia	Nie spełnia	Przyznana ilość punktów
osoby/rodziny biologiczne				
os. lub rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo- wychowawczych	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
osoby doświadczające przemocy w rodzinie	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
kandydaci na rodziny zastępcze:				
rodziny które deklarują przyjęcie co najmniej 3 dzieci	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
KRZ niezawodowe i zawodowe oraz RDD	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
os. usamodzielniane/ opuszczające pieczę				
os. opuszczające MOW	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
os. opuszczające rodziny zastępcze niezawodowe i zawodowe oraz RDD	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Załączniki:				
Krótką diagnoza sytuacji życiowej uczestnika/czki				
Ilość przyznanych punktów:				
Zakwalifikowano do uczestnictwa:		<input type="checkbox"/> Lista podstawowa <input type="checkbox"/> Lista rezerwowa <input type="checkbox"/> Nie zakwalifikowano		

Podpisy członków komisji rekrutacyjnej:

.....

.....