



## Formularz zgłoszeniowy ETAP .....

do projektu „Aktywny Senior”  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego  
na lata 2014 – 2020  
Oś Priorytetowa 9 Solidarne społeczeństwo  
Działanie 9.3. Rozwój usług zdrowotnych i społecznych  
Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data i godzina przyjęcia formularza	
Zadanie/ETAP	
Numer Identyfikacyjny Kandydata	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

### UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza zgłoszeniowego należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Aktywny senior”.
2. Prosimy wypełnić Formularz zgłoszeniowy w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. W przypadku kryteriów dotyczących przynależności do grupy docelowej oraz kryteriów premiujących należy dołożyć potwierdzenia w postaci zaświadczeń lub oświadczeń.
7. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
8. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.



## I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

Lp.	DANE PERSONALNE	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	Data urodzenia	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5.	PESEL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Brak PESEL
6.	Wiek	
<b>Adres zamieszkania</b>		
7.	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
	f	Kod pocztowy
<b>Adres kontaktowy (jeśli jest inny niż adres zamieszkania)</b>		
<input type="checkbox"/> DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY		
8.	a	Województwo
	b	Powiat
	c	Gmina
	d	Miejscowość
	e	Ulica, nr domu/lokalu
	f	Kod pocztowy
9.	Telefon kontaktowy (lub tel. kontaktowy do osoby sprawującej opiekę)	
10.	Adres e-mail:	
11.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe



## II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ	
<b>1.</b>	<p>Przynależność Kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)</p>
	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> <b>Osoba korzystająca z pomocy społecznej (zaświadczenie)</b></li><li><input type="checkbox"/> <b>Osoba kwalifikująca się do objęcia wsparciem w ramach pomocy społecznej</b> zgodnie z co najmniej 1 przesłanką określoną w art. 7 ustawy z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej, tj. pomoc udzielana w szczególności z powodu:<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> ubóstwa;</li><li><input type="checkbox"/> sieroctwa;</li><li><input type="checkbox"/> bezdomności;</li><li><input type="checkbox"/> bezrobocia;</li><li><input type="checkbox"/> niepełnosprawności;</li><li><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby;</li><li><input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie;</li><li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</li><li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li><li><input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</li><li><input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w <b>art. 159 przesłanki obligatoryjnego udzielenia zezwolenia na pobyt czasowy w celu połączenia się z rodziną</b> ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach</li><li><input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;</li><li><input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii;</li><li><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;</li><li><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej.</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> <b>Osoba niesamodzielną</b>, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego</li></ul>



**KRYTERIA PREMIUJĄCE:**

- Osoba, doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego** – oświadczenie uczestnika (+1 pkt)
- Osoba, ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności** – orzeczenie o niepełnosprawności (+ 1 pkt)
- Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwoju** - orzeczenie lub zaświadczenie od lekarza (+ 1 pkt)
- Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa** – zaświadczenie/oświadczenie kandydata (+ 1 pkt)
- Osoba zamieszkująca obszary zdegradowane wyznaczone w lokalnych programach rewitalizacji lub gminnych programach rewitalizacji** – oświadczenie (+ 1 pkt)
- Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego** (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o którym mowa w Ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej – zaświadczenie/oświadczenie kandydata (+ 6 pkt)



### KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA

<b>2.</b>	Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)	<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji PUP
		<input type="checkbox"/>	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji PUP
		<input type="checkbox"/>	Osoba bierna zawodowo
		<input type="checkbox"/>	Osoba pracująca
			w tym:
		<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w administracji rządowej
		<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w administracji samorządowej
		<input type="checkbox"/>	inne
		<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w MMŚP
		<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w organizacji pozarządowej
		<input type="checkbox"/>	osoba prowadząca działalność na własny rachunek
		<input type="checkbox"/>	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie
			Wykonywany zawód:
		<input type="checkbox"/>	instruktor praktycznej nauki zawodu
		<input type="checkbox"/>	nauczyciel kształcenia ogólnego
		<input type="checkbox"/>	nauczyciel kształcenia przedszkolnego
		<input type="checkbox"/>	nauczyciel kształcenia zawodowego
		<input type="checkbox"/>	pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
		<input type="checkbox"/>	kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
		<input type="checkbox"/>	pracownik instytucji rynku pracy
		<input type="checkbox"/>	pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
		<input type="checkbox"/>	pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
		<input type="checkbox"/>	pracownik ośrodka wspierania ekonomii społecznej
		<input type="checkbox"/>	pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
		<input type="checkbox"/>	rolnik
		<input type="checkbox"/>	inny
		Zatrudniony w:..... <div style="text-align: center; font-size: small;">Nazwa i adres miejsca zatrudnienia</div>	

### III. POZOSTAŁE INFORMACJE

Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)		TAK	NIE	Odma-wiam podania informa-cji	
	1.Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2.Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	3.Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Jeśli dotyczy:</i> <i>Czy zgłasza Pan/Pani specjalne potrzeby/ ułatwienia w trakcie uczestnictwa w projekcie? .....</i> .....				
4.Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej) <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Pouczony/a o możliwości pociągnięcia do odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą niniejszym oświadczam, że podane przeze mnie dane są prawdziwe.

.....

Miejscowość, data (dzień, miesiąc, rok)

.....

Czytelny podpis Kandydata<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Do kategorii osób w innej niekorzystnej sytuacji społecznej należy zawsze uwzględniać wskazane poniżej grupy: osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (przez co należy rozumieć brak ukończenia poziomu ISCED 1) będąca poza wiekiem typowym dla ukończenia poziomu ISCED 1; byli więźniowie; narkomani; osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań; osoby z obszarów wiejskich.

<sup>2</sup> W przypadku danych dotyczących osoby niepełnoletniej formularz podpisuje osoba sprawująca opiekę.