



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

**Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

Formularz zgłoszeniowy

do projektu „Społecznie odpowiedzialni”

realizowanego przez Gminę Miasta Toruń reprezentowaną przez Toruńskie Centrum Usług Społecznych w Toruniu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027

INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU	
Data przyjęcia formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Numer identyfikacyjny kandydata	
Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie	

UWAGI:

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „**Społecznie odpowiedzialni**”.
2. Prosimy wypełnić Formularz 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. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU**

Lp.	DANE PERSONALNE		
1.	Imię		
2.	Nazwisko		
3.	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE	<input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec
			<input type="checkbox"/> obywatelstwo polskie
4.	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"/> Brak PESEL	
	ADRES ZAMIESZKANIA		
5.	a	Województwo	
	b	Powiat	
	c	Gmina	
	d	Miejscowość	
	e	Ulica, nr domu/lokalu	
	f	Kod pocztowy	
	g	Kraj	
	ADRES KONTAKTOWY (JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)		
		<input type="checkbox"/> DOTYCZY <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY	
6.	a	Województwo	
	b	Powiat	
	c	Gmina	
	d	Miejscowość	
	e	Ulica, nr domu/lokalu	
	f	Kod pocztowy	
8.	Telefon kontaktowy		
9.	Adres e-mail:		
10.	Poziom wykształcenia (proszę zaznaczyć „x” we właściwym miejscu, wybierając ostatnie ukończone wykształcenie tzn. najwyższe)	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne lub policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	



II. STATUS KANDYDATA ORAZ PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ

KRYTERIA DOTYCZĄCE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ	
1.	<p>Przynależność Kandydata do grupy docelowej (proszę zaznaczyć „x” we właściwych miejscach w ramach kategorii głównej)</p>
	<p>KRYTERIA OBLIGATORYJNE:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba mieszkająca na terenie województwa kujawsko-pomorskiego</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba mieszkająca na terenie Gminy Miasta Toruń</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (w tym z powodu wieku, stanu zdrowia, niepełnosprawności)</p> <p>KRYTERIA PREMIUJĄCE:</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba z zaburzeniami psychicznymi</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba z niepełnosprawnością intelektualną</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba korzystająca z Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową 2021-2027</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba zamieszkująca samotnie</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba w kryzysie bezdomności, dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożona bezdomnością</p> <p><input type="checkbox"/> Dziecko wychowujące się poza rodziną biologiczną</p>
KRYTERIA DOTYCZĄCE STATUSU KANDYDATA	
2.	<p>Status Kandydata na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)</p>
	<p><input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna, w tym:</p> <p><input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p> <p><input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</p> <p><input type="checkbox"/> osoba ucząca się/odbywająca kształcenie</p> <p><input type="checkbox"/> inne</p>



		<input type="checkbox"/>	Osoba pracująca	
			w tym:	
			<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 (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki <input type="checkbox"/> osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <input type="checkbox"/> inne

III. POZOSTAŁE INFORMACJE

Status kandydata w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć „x” w każdym właściwym miejscu)		TAK	NIE	Odmawiam podania informacji
	1. Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Osoba państwa trzeciego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



IV. WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW

Nr	ZAŁĄCZNIKI		ZAŁĄCZAM	NIE ZAŁĄCZAM
	W związku z zadeklarowaniem przez kandydata statusem w celu weryfikacji należy przedłożyć:			
1.	Deklaracja uczestnictwa w projekcie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Dokumenty weryfikujące zamieszkiwanie (np. kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków, faktur za media, ścieki, opłaty komunalne lub inne równoważne dokumenty)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny równoważny dokument		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Decyzja MOPR dotycząca przyznania usługi opiekuńczej/specjalistycznej usługi opiekuńczej		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego zawierające informację o przyczynie niesamodzielności (wiek i/lub stan zdrowia i/lub niepełnosprawność)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Zaświadczenie z MOPR		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Zaświadczenie ze schroniska lub innej organizacji działającej na rzecz osób w kryzysie bezdomności		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Oświadczenie		<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 Kandydata¹

¹ W przypadku danych dotyczących osoby niepełnoletniej formularz podpisuje osoba sprawująca opiekę.