

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

Utworzenie mieszkania wspomaganego w Gminie Chojnice- numer projektu FEPM.05.17-IZ.00-0003/25, dofinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+), Priorytetu 5 Fundusze europejskie dla silnego społecznie Pomorza (EFS+), Działania 5.17. Usługi społeczne i zdrowotne w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027)

Przed wypełnieniem prosimy o zapoznanie się z treścią całego oświadczenia.

1. DANE OGÓLNE (zaznacz właściwe)

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO											
PESEL											
OBYWATELSTWO											
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU											
POZIOM WYKSZTAŁCENIA SZKOŁA DO KTÓREJ W MOMENCIE PRZYSTĄPIENIA CHODZI UCZESTNIK/UCZESTNICZKA / EWENTUALNIE SZKOŁA, W KTÓREJ ZAKOŃCZYŁ/A EDUKACJĘ	☐ wyższe <i>ISCED-5-8</i> ☐ policealne <i>ISCED -4</i> ☐ ponadgimnazjalne <i>ISCED -3</i> ☐ średnie I stopnia lub niższe <i>ISCED 0-2</i> ☐ podstawowe <i>ISCED 1</i> ☐ brak										
PŁEĆ	☐ kobieta ☐ mężczyzna										



DANE TELEADRESOWE		
KRAJ		
WOJEWÓDZTWO		
POWIAT		
GMINA		
KOD POCZTOWY		
MIEJSCOWOŚĆ/ UL/ NR DOMU/MIESZKANIA		
TELEFON KONTAKTOWY		
ADRES E-MAIL		
STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA	☐ tak	☐ nie
OSOBA PAŃSTWA TRZECIEGO	☐ tak	☐ nie
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ (W TYM SPOŁECZNOŚCI MARGINALIZOWANYCH)	☐ tak	☐ nie
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	☐ tak	☐ nie
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	☐ tak	☐ nie



STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (PRZEZ OSOBĘ BIERNĄ ZAWODOWO NALEŻY ROZUMIEĆ OSOBĘ, KTÓRA NIE PRACUJE I NIE JEST BEZROBOTNA. ZA BIERNYCH ZAWODOWO UZNAJE SIĘ STUDENTÓW STUDIÓW STACJONARNYCH, POD WARUNKIEM, ŻE NIE PRACUJĄ. STUDENT ZATRUDNIONY, NAWET NA CZĘŚĆ ETATU, POWINIEN ZAZNACZYĆ STATUS DLA OSOBY PRACUJĄCEJ.)	☐ bezrobotna, niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne ☐ bezrobotna, zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne ☐ pracująca ☐ bierna zawodowo ☐ inne ☐ osoba ucząca się Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
OSOBA PRACUJĄCA: (WYPEŁNIAJĄ TYLKO PRACUJĄCY UCZESTNICY)	☐ w administracji rządowej ☐ administracji samorządowej ☐ inne ☐ w MSP ☐ w organizacji pozarządowej ☐ na własny rachunek ☐ w dużym przedsiębiorstwie
WYKONYWANY ZAWÓD (UWAGA J.W.)	
MIEJSCE NAUKI / MIEJSCE PRACY	

**2. ANKIETA KWALIFIKUJĄCA****a) Kryteria kwalifikujące:**

Czy posiadasz dokument poświadczający, że jesteś osobą	Wpisać właściwe	Kwalifikacja Pracownika GOPS
Czy zamieszkuje Pan/Pani na terenie Gminy Chojnice?	☐ TAK ☐ NIE	
Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (lub równoważne) LUB zaświadczenie lekarskie potwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu?	☐ TAK ☐ NIE	
Czy jest Pan/Pani osobą niewymagającą opieki całodobowej?	☐ TAK ☐ NIE	

b) Kryteria premiujące

Proszę zaznaczyć właściwe pola. Każde kryterium będzie weryfikowane na podstawie załączonych dokumentów oraz wizyty weryfikacyjnej pracownika socjalnego

Czy posiadasz dokument poświadczający, że jesteś osobą:	Odpowiedź (zaznacz x przy właściwej odpowiedzi)			Punktacja		Kwalifikacja Pracownika GOPS
Samotne zamieszkiwanie, bez wsparcia rodziny 3 pkt.	TAK		NIE			
Mały stopień samodzielności 3 pkt.	TAK		NIE			
Trudne warunki mieszkaniowe (np. brak łazienki, bariery architektoniczne) 3 pkt.	TAK		NIE			
Trudne relacje ze współmieszkańcami 3 pkt.	TAK		NIE			
Niski dochód (zgodnie z ustawą o pomocy społecznej) 2 pkt.	TAK		NIE			
Opuszczenie instytucji całodobowej opieki (lub rezygnacja z ubiegania się o nią) 2 pkt.	TAK		NIE			
Znaczny stopień niepełnosprawności 1 pkt.	TAK		NIE			
Łączna liczba punktów:						



3. POTRZEBY W ZAKRESIE DOSTĘPNOŚCI

Czy ze względu na niepełnosprawność wymaga Pan/Pani szczególnych udogodnień na etapie rekrutacji lub udziału w projekcie? (np. tłumacz PJM, materiały w druku powiększonym, asystent):

.....

.....

4. OŚWIADCZENIA I PODPISY

Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia (art. 233 § 1 Kodeksu Karnego).

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną (RODO) dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w ramach projektu (klauzula stanowi załącznik do niniejszego formularza).

Otrzymałem/am informację o możliwości złożenia do Instytucji Zarządzającej powiadomienia o podejrzeniu niezgodności działań projektowych z Kartą Praw Podstawowych UE lub Konwencją o Prawach Osób Niepełnosprawnych.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Kandydata/tki lub jego opiekuna prawnego