*Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do Projektu pt. „POWRÓT SZCZĘŚCIA”**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr formularza rekrutacyjnego wg. kolejności składania formularzy *(wypełnia Beneficjent)* | *…………………………………………………………………………………* *Nr referencyjny, data, godzina* |

|  |  |
| --- | --- |
| Tytuł projektu: | **„POWRÓT SZCZĘŚCIA”** |
| Nr projektu: | RPWP.07.02.02-30-0068/17 |
| Nazwa i numer Osi Priorytetowej: | Oś Priorytetowa 7. Włączenie społeczne |
| Nazwa i numer Działania: | 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne |

**UWAGA:**

1. Formularz zgłoszeniowy do Projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń.
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedz.
3. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole 🞏 znaku: **X**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię** |  |
| **Nazwisko** |  |
| **PESEL** |  |
| **Płeć** | 🞏 kobieta 🞏 mężczyzna |
| **Wykształcenie** | 🞏 brak 🞏 podstawowe 🞏 gimnazjalne 🞏 ponadgimnazjalne 🞏 policealne 🞏 wyższe  |
| **Adres zamieszkania** | **Kraj** | POLSKA |
| **Województwo** | wielkopolskie |
| **Powiat** | 🞏 M. Poznań 🞏 poznański |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Numer budynku** |  |
| **Numer lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Telefon kontaktowy** |  |
| **Adres e-mail** (*jeżeli uczestnik/czka posiada)* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Status osobyna rynku pracy w chwili przystępowania do projektu** | Osoba bezrobotna | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| w tym: | 🞏 osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy🞏 osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy🞏 osoba długotrwale bezrobotna (*ponad 12 miesięcy)* |
| Osoba bierna zawodowo[[1]](#footnote-1) | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| w tym: | 🞏 osoba ucząca się 🞏 osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu🞏 inne |
| Osoba pracująca  | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| w tym: | 🞏 osoba pracująca w administracji rządowej🞏 osoba pracująca w administracji samorządowej🞏 osoba pracująca w MMŚP🞏 osoba pracująca w organizacji pozarządowej🞏 osoba pracująca działalność na własny rachunek🞏 osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie🞏 inneWykonywany zawód ……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………Zatrudniony/a w ……………………………………………………….………………….……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………. (nazwa instytucji/przedsiębiorstwa) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Status osobyw chwili przystępowania do projektu** | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 Odmawiam podania informacji  |
| Osoba z niepełnosprawnościami, w tym z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego (*należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)* | 🞏 TAK 🞏 NIE🞏 Odmawiam podania informacji  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej: a) która nie ukończyła szkoły podstawowej (i jest w wieku pozaszkolnym); b) uzależniona od alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających; c) zwolniona z zakładu karnego; d) osoby pochodzące z terenów wiejskich (DEGURBA 3); | 🞏 TAK – proszę zakreślić odpowiednie obok 🞏 NIE🞏 Odmawiam podania informacji |

|  |  |
| --- | --- |
| **Przynależność do grupy docelowej** | Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane poniżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.**Oświadczam, że:** |
| Zamieszkuję na terenie Miasta Poznania/ powiatu poznańskiego. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jestem osobą niesamodzielną/ z niepełnosprawnością, chcącą korzystać ze stacjonarnych usług Dziennego Domu Pomocy. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jestem osobą niesamodzielną/ z niepełnosprawnością, chcącą korzystać ze wsparcia w miejscu zamieszkania. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jestem opiekunem faktycznym osoby niesamodzielnej/ z niepełnosprawnością. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jestem osobą zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą[[2]](#footnote-2) lub na osobę w rodzinie[[3]](#footnote-3)) | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Doświadczam wielokrotnego wykluczenia. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa. | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Istnieją dodatkowe przesłanki wskazane w *Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020* (załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji) | 🞏 TAK 🞏 NIE |
| Jakie: |
|  |
|  |

Wnoszę o zapewnienie bezpłatnego transportu do/z Dziennego Domu Pomocy:

🞏 TAK 🞏 NIE

Czy Kandydat/tka jest osobą ubezwłasnowolnioną?

 🞏 TAK 🞏 NIE

 jeżeli tak to jest to ubezwłasnowolnienie:

🞏 CZĘŚCIOWE 🞏 CAŁOŚCIOWE

*……………………………………… …………………………………………………………………………………………………………*

*Data Podpis osoby składającej formularz - Kandydata/tki do Projektu*

*……………………………………… …………………………………………………………………………………….……………………*

*Data Czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku,
 gdy Kandydat/tka do projektu jest osobą ubezwłasnowolnioną*

*……………………………………… ……………………………………………………………………………..…………………………*

 *Data Podpis osoby przyjmującej i sprawdzającej formularz*

1. *to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych uznawani są za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo.* [↑](#footnote-ref-1)
2. 701,00 zł x 150% = **1051,50 zł**  [↑](#footnote-ref-2)
3. 528,00 zł x 150% = **792,00 zł** [↑](#footnote-ref-3)