**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
do projektu „Rozwój usług społecznych na terenie Powiatu Kartuskiego”

Proszę uzupełnić drukowanymi literami lub wstawić znak „x” w wybrane pola.

**DANE OSOBOWE**

**Imię:**

**Nazwisko:**

**PESEL:**

**Seria i numer dowodu osobistego:**

**Płeć:**  K M

**Wiek w chwili przystąpienia do projektu:**

**Wykształcenie:**  Niższe niż podstawowe, Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne Policealne Wyższe

**DANE KONTAKTOWE**

**Kraj: Województwo:**

**Powiat: Gmina:**

**Miejscowość: Kod pocztowy:**

**Ulica:**

**nr budynku: nr lokalu: tel.:**

**e-mail:**

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA**

**Data rozpoczęcia udziału w projekcie:**

**Rodzaj wsparcia o które ubiega się beneficjent:**

Klub Aktywności Sianowo: Klub Aktywności Małkowo: Mobilne usługi opiekuńcze: Teleopieka:

O szczegółowym zakresie wsparcia zadecyduje Komisja Rekrutacyjna, po zakwalifikowaniu się Uczestnika do Projektu.

**Status na rynku pracy:**

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:   
 • długotrwale bezrobotna:   
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:  
 • długotrwale bezrobotna:

Osoba bierna zawodowo:  
 • ucząca się:  
 • nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu:  
 • inne:

**Osoba pracująca:** • w administracji rządowej:  
 • w administracji samorządowej:   
 • w MMŚP:  
 • w organizacji pozarządowej:  
 • prowadząca działalność na własny rachunek:  
 • pracująca w dużym przedsiębiorstwie:   
 • inne:

**Wykonywany zawód:**

**Miejsce pracy:**

**Wysokość miesięcznych dochodów:**

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:** • tak:  
 • nie:  
 • odmowa podania informacji:

**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:** • tak:  
 • nie:

**Osoba z niepełnosprawnością:**• tak:  
• nie:  
• odmowa podania informacji:

**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:**• tak:  
• nie:

**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:**• tak:  
• nie:

**Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:**• tak:  
• nie:

**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż powyżej):**• tak:  
• nie:  
• odmowa podania informacji:

*Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art.* 233 *Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*

………………………………………………… ….………………………………………….  
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)

**WSPARCIE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO**

**Czy wnioskują Państwo o wsparcie dla opiekuna faktycznego?** • tak:  
 • nie:

Jeśli tak, proszę wypełnić poniższe.

**DANE OSOBOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:**

**Imię:**

**Nazwisko:**

**PESEL:**

**Seria i numer dowodu osobistego:**

**Płeć:**  K M

**Wiek w chwili przystąpienia do projektu:**

**Wykształcenie:**  Niższe niż podstawowe, Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne Policealne Wyższe

**DANE KONTAKTOWE**

**Kraj: Województwo:**

**Powiat: Gmina:**

**Miejscowość: Kod pocztowy:**

**Ulica:**

**nr budynku: nr lokalu: tel.:**

**e-mail:**

**SZCZEGÓŁY WSPARCIA**

**Data rozpoczęcia udziału w projekcie:**

**Status na rynku pracy:**

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:   
 • długotrwale bezrobotna:   
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym:  
 • długotrwale bezrobotna:

Osoba bierna zawodowo:  
 • ucząca się:  
 • nieuczestnicząca w kształceniu lub uczeniu:  
 • inne:

**Osoba pracująca:** • w administracji rządowej:  
 • w administracji samorządowej:   
 • w MMŚP:  
 • w organizacji pozarządowej:  
 • prowadząca działalność na własny rachunek:  
 • pracująca w dużym przedsiębiorstwie:   
 • inne:

**Wykonywany zawód:**

**Miejsce pracy:**

**Wysokość miesięcznych dochodów:**

**STATUS OPIEKUNA FAKTYCZNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

**Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:** • tak:  
 • nie:  
 • odmowa podania informacji:

**Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:** • tak:  
 • nie:

**Osoba z niepełnosprawnością:**• tak:  
• nie:  
• odmowa podania informacji:

**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących:**• tak:  
• nie:

**Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:**• tak:  
• nie:

**Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu:**• tak:  
• nie:

**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż powyżej):**• tak:  
• nie:  
• odmowa podania informacji:

*Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art.* 233 *Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*

………………………………………………… ………………..….………………………………………….  
 (miejscowość i data) (podpis Opiekuna faktycznego)

SYTUACJA ZDROWOTNA

* Stopień niepełnosprawności: Znaczny: Umiarkowany: Lekki:
* Grupa inwalidzka: I II III
* Rodzaje schorzeń (rozpoznanie choroby zasadniczej)

…...........................................................................................................................

…...........................................................................................................................

…...........................................................................................................................

* Inne problemy zdrowotne (uszkodzenia innych narządów, choroby współistniejące)

….............................................................................................................................

….............................................................................................................................

* Proszę zaznaczyć zakres usług lub świadczeń, których wymaga osoba:
* rehabilitacja …............................................................................................

…..............................................................................................................................

* pielęgnacja …..............................................................................................

…..............................................................................................................................

* terapia psychologiczna …...........................................................................

…..............................................................................................................................

* Inne ….........................................................................................................

…..............................................................................................................................

* Ocena możliwości samodzielnego zaspokojenia potrzeb...........................

…..............................................................................................................................

* Preferowane formy spędzania czasu wolnego (zainteresowania, zamiłowania itp.)

…................................................................................................................................

…................................................................................................................................

* Zdolności porozumiewania

…................................................................................................................................

…................................................................................................................................

* Oczekiwania osoby skierowanej do Klubu

…................................................................................................................................

…................................................................................................................................

* Cechy zachowania mogące mieć wpływ na funkcjonowanie w Klubie (pozytywne, jaki i negatywne)

..................................................................................................................................

…................................................................................................................................

* Przyjmowane leki

…..............................................................................................................................

…..............................................................................................................................

…..............................................................................................................................

* Osoba do kontaktu z nr telefonu …............................................................

…..............................................................................................................................

*Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej z art.* 233 *Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu Rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.*

………………………………………………… ….………………………………………….  
 (miejscowość i data) (podpis Uczestnika)