



FUNDACJA NA RZECZ ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY "OTWARCIE"

ul. Kilińskiego 1, 62-500 Konin, email: fundacja@otwarcie.pl, telefon: 63 249-68-77
NIP: 665-280-73-87, KRS 0000271226, Regon 300479418, www.otwarcie.pl
SANTANDER BANK POLSKA S.A. 53 1500 1461 1214 6004 0224 0000

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji

Formularz rekrutacyjny

dla opiekunów faktycznych osób z niepełnosprawnością
do projektu pn. *Otwarcie na samodzielność*

RPWP.07.02.02-30-0101/19-00, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020. Priorytet VII: Włączenie społeczne; Działanie 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie 7.2.2. usługi społeczne i zdrowotne – projekty konkursowe.

Wypełnienie formularza nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

Ten dokument to potwierdzenie chęci uczestnictwa w ww. projekcie.

Przy wybranej odpowiedzi należy postawić krzyżyk lub uzupełnić.

I. Dane osobowe:

1. Imię i nazwisko
2. Płeć kobieta mężczyzna
3. Wiek
4. Data i miejsce urodzenia.....
5. Pesel
6. Wykształcenie
 brak wykształcenia podstawowe gimnazjalne
 ponadgimnazjalne/ponadpodstawowe (liceum, technikum, szkoła zawodowa)
 policealne wyższe

II. Dane kontaktowe uczestnika:

1. Województwo
2. Powiat
3. Gmina
4. Miejscowość / kod pocztowy
5. Ulica / nr budynku / nr lokalu
6. Telefon
7. Adres e-mail

III. Status uczestnika na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:

- osoba bierna zawodowo
- osoba długotrwale bezrobotna
- osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
- osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
- osoba pracująca: wykonywany zawód
- miejsce pracy
- status przedsiębiorstwa





FUNDACJA NA RZECZ ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY "OTWARCIE"

ul. Kilińskiego 1, 62-500 Konin, email: fundacja@otwarcie.pl, telefon: 63 249-68-77
NIP: 665-280-73-87, KRS 0000271226, Regon 300479418, www.otwarcie.pl
SANTANDER BANK POLSKA S.A. 53 1500 1461 1214 6004 0224 0000

IV. Imię i nazwisko dziecka/podopiecznej/go

PESEL

V. Rodzaj niepełnosprawności dziecka/podopiecznej/go

VI. Czy dochód miesięczny w twojej rodzinie przekracza 150% kryterium dochodowego, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z póź. zm.):

1. Dla osób zamieszkujących we wspólnym gospodarstwie domowym 792,00 zł na jednego członka rodziny tak nie
2. Dla osób samodzielnie gospodarujących 1051,50 zł tak nie

VII. Jestem osobą:

1. należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia
 tak nie odmawiam udzielenia informacji
2. bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 tak nie
3. z niepełnosprawnościami
 tak nie odmawiam udzielenia informacji
4. żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
 tak nie odmawiam udzielenia informacji
5. zagrożoną ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przestank, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
 tak nie odmawiam udzielenia informacji

VIII. Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ) z ośrodka pomocy społecznej (OPS, MOPR) lub z organizacji partnerskiej

tak nie

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis uczestnika projektu)

