FUNDACJA NA RZECZ ROZWOJU DZIECI I MŁODZIEŻY "OTWARCIE"
ul. Kilińskiego1, 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 2 do regulaminu rekrutacji

Formularz rekrutacyjny

dla osób z niepełnosprawnościami
do projektu pn. Otwarci 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 ……

IV. Niepełnosprawność:

rodzaj niepełnosprawności .....

stopień niepełnosprawności .....

V. Imię i nazwisko rodzica/opiekuna faktycznego .....

PESEL .....

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. żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej
   □ tak □ nie □ odmawiam udzielenia informacji

4. zagrożoną ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie
   □ tak □ nie □ odmawiam udzielenia informacji

VIII. W ramach projektu jestem zainteresowana/y

□ wsparciem asystenta w miejscu zamieszkania
□ pobytem w mieszkaniu treningowym przez okres:
□ 1 m-c □ 2 m-ce □ 3 m-ce

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

□ tak □ nie

....

(miejscowość i data) *(podpis uczestnika projektu)*