



FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn.: „Lokalna Siła Wsparcia”

I. DANE UCZESTNIKA:	
Imię i nazwisko	
Płeć	☐ K ☐ M
Data urodzenia	
PESEL	
Obywatelstwo	
Wykształcenie	☐ niższe lub podstawowe ☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne ☐ policealne ☐ wyższe
II. DANE KONTAKTOWE:	
Obszar zamieszkania	☐ miasta (obszary gęsto zaludnione): lokalne jednostki administracyjne, w których co najmniej 50% ludności mieszka w „ośrodkach miejskich” ☐ małe miasta i przedmieścia (obszary o średniej gęstości zaludnienia): lokalne jednostki administracyjne, w których poniżej 50% ludności mieszka w „ośrodkach miejskich”, jednocześnie poniżej 50% ludności mieszka w „komórkach siatki obszarów wiejskich” ☐ obszary wiejskie (obszary słabo zaludnione): lokalne jednostki administracyjne, w których ponad 50% ludności mieszka w „komórkach siatki obszarów wiejskich”
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	
Gmina	



Powiat	
Województwo	
Kraj	
Telefon	
E -mail	

III. PREFERWANE FORMY WSPARCIA:

Usługi opiekuńcze świadczone przez opiekunów w miejscu zamieszkania	☐ tak ☐ nie
Usługi asystenckie świadczone przez opiekunów w miejscu zamieszkania	☐ tak ☐ nie
Sąsiedzkie usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	☐ tak ☐ nie
Likwidacja barier architektonicznych	☐ tak ☐ nie
Usługa door – to - door	☐ tak ☐ nie
Rehabilitacja domowa	☐ tak ☐ nie

IV. STATUS NA RYNKU PRACY

Osoba bezrobotna zarejestrowana w PUP	☐ tak ☐ nie
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP	☐ tak ☐ nie
Osoba bierna zawodowo	☐ tak ☐ nie
Osoba pracująca	☐ tak ☐ nie



V. INFORMACJE DODATKOWE	
Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności	☐ tak ☐ nie
Osoba posiadająca dokument z OPS/CUS poświadczający potrzebę wsparcia ze względu na sytuację rodzinną	☐ tak ☐ nie
Osoba pochodząca z rodziny wielodzietnej	☐ tak ☐ nie
Osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie
Osoba państwa trzeciego (spoza UE)	☐ tak ☐ nie
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	☐ tak ☐ nie
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ tak ☐ nie
Osoba ze specjalnymi potrzebami wynikającymi z niepełnosprawności	☐ tak ☐ nie Jakimi?.....

VI. SYTUACJA ZDOROWTNA	
Osoba z niepełnosprawnością	☐ tak ☐ nie
Orzeczenie w stopniu	☐ lekkim ☐ umiarkowanym ☐ znacznym ☐ orzeczenie ZUS (lub równoważne)

VII. UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIAŁ W PROJEKCIE OŚWIADCZA, ŻE SPEŁNIA PONIŻSZE KRYTERIA

1. Kryteria obligatoryjne wsparcia

Kryterium	Obligatoryjne TAK/NIE
1. Zamieszkanie na obszarze gminy Malechowo (SSW)	tak
2. Spełnienie warunków: – kwalifikowanie się, jako osoba niesamodzielną (wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu) lub – kwalifikowanie się, jako osoba potrzebująca usług asystenckich; orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument poświadczający stan zdrowia, oświadczenie o potrzebie wsparcia asystenta.	tak

**2.Kryteria premiujące**

Kryterium	Obligatoryjne TAK/NIE	Punkty		
1. Osoba niesamodzielną	NIE	TAK – 5	Nie – 0	
2. Osoba samotna	NIE	Tak – 10	Nie - 0	
3. Stopień niepełnosprawności	NIE	Lekki 1	Umiarkow. 3	Znaczny 5
4. Kwalifikowanie się do wsparcia z pomocy społecznej na podstawie kryterium dochodowego – do 150 %	NIE	Tak – 10	Nie - 0	
		Razem max. 30 punktów		

*Oświadczam, iż ww. dane są zgodne z prawdą
Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za
złożenie fałszywego oświadczenia*

.....

Data i podpis uczestnika projektu



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską

