



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji w Projekcie pn. „Gniezno stawia na rozwój usług społecznych” w zakresie usług asystenckich

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA

w zakresie usług asystenckich

NAZWA BENEFICJENTA:
Miasto Gniezno/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Gnieźnie
TYTUŁ PROJEKTU:
„Gniezno stawia na rozwój usług społecznych”
NR PROJEKTU:
FEWP.06.13-IZ.00-0058/23

DATA ROZPOCZĘCIA UDZIAŁU W PROJEKCIE (za datę rozpoczęcia udziału w projekcie uznaje się datę przystąpienia do pierwszej formy wsparcia)	
--	--

DANE UCZESTNIKA										
IMIĘ										
NAZWISKO										
PESEL/INNY IDENTYFIKATOR										
PŁEĆ	MĘŻCZYZNA		KOBIETA		WIEK (w chwili przystąpienia do projektu)					
WYKSZTAŁCENIE:	ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0–2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)									
	PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)									
	WYŻSZE (ISCED 5–8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)									
DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy rodziców/opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby nieletniej lub osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)										
IMIĘ										
NAZWISKO										

DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
WOJEWÓDZTWO	
POWIAT	
GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ	



DANE KONTAKTOWE UCZESTNIKA	
ULICA	
NR BUDYNKU	
NR LOKALU	
KOD POCZTOWY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU					
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK			NIE	
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK			NIE	
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.	TAK			NIE	

**STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**

Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.

TAK

ODMOWA
PODANIA
INFORMACJI

NIE

SZCZEGÓŁY WSPARCIA**STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****(należy wybrać właściwe)****OSOBA BIERNA ZAWODOWO**

tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną

W TYM

OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU

W TYM

OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE

- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące
- dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących
- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych

W TYM

INNE

OSOBA BEZROBOTNA

- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia

W TYM

OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA

tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego

W TYM

INNE

OSOBA PRACUJĄCA

W TYM

OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ

(z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA)

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA)

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA)

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI

W TYM

OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ



SZCZEGÓŁY WSPARCIA

W TYM

INNE

Informacja o specjalnych potrzebach w kontekście dostępności

Informacja o specjalnych potrzebach w kontekście dostępności

Czy uczestnik zgłasza potrzebę tłumacza Polskiego Języka Migowego? Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Czy uczestnik zgłasza potrzebę tłumacza Systemu Języka Migowego? Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Czy uczestnik potrzebuje pętli indukcyjnej? Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Czy uczestnik wymaga obecności asystenta osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością fizyczną? Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Czy uczestnik potrzebuje pomocy w wypełnieniu dokumentacji rekrutacyjnej lub skorzystać z pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Inne specjalne potrzeby (proszę wskazać jakie?)			

Niniejszym, oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji w projekcie pn. „Gniezno stawia na rozwój usług społecznych” w zakresie usług asystenckich.

.....
Data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu lub /opiekuna prawnego (jeśli dotyczy)