



Załącznik nr 1
do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU
PN. „ROZWÓJ USŁUG OPIEKUŃCZYCH ŚWIADCZONYCH W SPOŁECZNOŚCI LOKALNEJ
NA TERENIE GMINY JAWORZYNA ŚLĄSKA”**

Cześć I. Wypełnia kandydat na uczestnika Projektu

DANE PERSONALNE			
Imię/Imiona:			
Nazwisko:		Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
PESEL:		Wiek:	
Adres zamieszkania			
Kraj:			
Województwo:			
Powiat:			
Miejscowość:			
Ulica:			
Numer budynku:		Numer lokalu:	
Kod pocztowy:		Gmina:	
Obszar:	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski		
Telefon kontaktowy:		Adres e-mail:	
Adres do korespondencji:	<input type="checkbox"/> Ten sam co adres zamieszkania		
	<input type="checkbox"/> Inny:		
	Województwo		



	Powiat	
	Gmina	
	Kod pocztowy:	
	Miejscowość:	
	Nr budynku/lokalu:	
	Ulica	
*Wykształcenie:	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
*Dane wrażliwe:	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba z chorobą psychiczną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba korzystająca z programu FE PŻ	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba zamieszkująca samotnie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Jeśli TAK podać stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Inne informacje na temat uczestnika istotne w kontekście możliwości uczestniczenia w Projekcie:		



***RODZAJ WSPARCIA**

- usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, świadczone będą przez opiekunki /opiekunów w miejscu zamieszkania osoby niesamodzielnej, z uwzględnieniem jej indywidualnych potrzeb.
- świadczenie usługi teleopieki przy wykorzystaniu opasek telemedycznych;
- zakup i dowóz posiłków dla uczestników projektu.

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika/czki projektu**

* zaznaczyć właściwe odpowiedzi

** w przypadku niemożności podpisania przez uczestnika/czkę projektu formularz podpisuje jego opiekun prawny



Część II Wypełnia Realizator usługi

WYPEŁNIA PRACOWNIK PRZYJMUJĄCY FORMULARZ REKRUTACYJNY	
Nazwa organizacji/institucji	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	

Data rozpoczęcia udziału uczestnika w Projekcie	
---	--

STATUS UCZESTNIKA		
*Status społeczny kandydata:	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba przewlekle chora	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba mające problem w samodzielnym funkcjonowaniu w środowisku	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Osoba zamieszkująca samotnie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
		<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Inne:	

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KALIFIKUJE SIĘ* do wzięcia udziału w projekcie w usłudze:

.....

.....

Miejscowość i data

.....

podpis pracownika dokonującego rekrutacji uczestnika/czki

* zaznaczyć właściwe odpowiedzi