



Załącznik do Regulaminu rekrutacji uczestników projektu „Aktywna integracja w powiecie cieszyńskim”

Wypełnia osoba przyjmująca formularz

Data wpływu:	
Czytelny podpis:	
Numer NIU:	

**FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKÓW PROJEKTU
„AKTYWNA INTEGRACJA W POWIECIE CIESZYŃSKIM”**

		Beneficjent	FUNDACJA ROZWOJU PRZEDSIĘBIORCZOŚCI SPOŁECZNEJ BYĆ RAZEM		
		Tytuł projektu	Aktywna integracja w powiecie cieszyńskim		
		Nr projektu	WOD-FESL.07.02-IZ.01-066C/23-003		
I	Informacje o kandydacie	Imię (imiona)			
		Nazwisko			
		Płeć			
		PESEL			
		Telefon kontaktowy			
		Adres e-mail			
II	Kryteria przynależności do grupy preferowanej	Kryterium	Spełnienie kryterium (zaznaczyć krzyżykiem)	Dokumenty potwierdzające	
		Osoba z orzeczeniem o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia (zgodnie z definicją wskaźnika wspólnego „Liczba osób z niepełnosprawnością objętych wsparciem w programie”)	
III	Kryteria przynależności do grupy docelowej (obowiązkowe)	Kryterium	Spełnienie kryterium (zaznaczyć krzyżykiem)	Dokumenty potwierdzające	
		Zamieszkiwanie na terenie powiatu cieszyńskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE		
		Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym:			
		osoba z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia	
		osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zaświadczenie z PUP	
		osoba bezrobotna długotrwale	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zaświadczenie z PUP	
		osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zaświadczenie z PUP	
		Absolwent centrum integracji społecznej lub klubu integracji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zaświadczenie dyrektora KIS lub CIS	
osoba uprawniona do specjalnego zasiłku opiekuńczego, o której mowa w art. 16a ust. 1 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej			



	osoba usamodzielniana, o której mowa w art. 140 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	zaświadczenie z właściwej instytucji lub zaświadczenie od kuratora
	osoba z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Orzeczenie lekarskie lub opinia lekarza potwierdzająca stwierdzone zaburzenia psychiczne
	osoba spełniająca kryteria, o których mowa w art. 8 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej
	Osoba objęta dozorem elektronicznym lub opuszczają zakład karny	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	orzeczenie sądu
	osoba starsza, o której mowa w art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Dokument z nr Pesel
	osobę, która uzyskała w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	Zaświadczenie lub decyzja właściwej instytucji
	osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	zaświadczenie od właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający ww. sytuację
	Osoba korzystająca z programu FEPŻ	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej
	Osoba objęta ochroną czasową w Polsce w związku z agresją na Ukrainę	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	nr PESEL ze statusem UKR lub zaświadczenie Urzędu do Spraw Cudzoziemców

Ponadto:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji uczestników i akceptuję jego warunki.
2. Oświadczam, iż wszystkie podane w formularzu dane odpowiadają stanowi faktycznemu i są prawdziwe.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu.
4. **W przypadku zakwalifikowania się do projektu zobowiązuję się do dostarczenia stosowych dokumentów potwierdzających mój status.**

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis uczestnika/uczestniczki projektu)



WYPEŁNIA OSOBA PRZEPROWADZAJĄCA REKRUTACJĘ

Lp.	OCENA FORMALNA	TAK/ TAK WARUNKOWO (jeśli dotyczy)	NIE
1.	Formularz został złożony w wymaganym terminie		
2.	Formularz jest zgodny z wymaganym wzorem		
3.	Formularz nie zawiera pustych pól		
4.	Formularz został podpisany w wymaganych miejscach		
5.	Potencjalny uczestnik projektu spełnia podstawowe kryteria grupy docelowej		
6.	Potencjalny uczestnik projektu spełnia warunki uczestnictwa w projekcie		
Imię i nazwisko pracownika przyjmującego wniosek			

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)