Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

„PRACOWNIA USŁUG SPOŁECZNYCH”

**DLA OSÓB DOROSŁYCH**

|  |
| --- |
| **DANE KONTAKTOWE** |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Adres zamieszkania |  |
| 4 | Numer telefonu |  |
| 5 | Adres e-mail |  |
| **GRUPA DOCELOWA PROJEKTU** |
| 6 | Określ do której grupy docelowej projektu się zaliczasz: | * Rodzic potrzebujący wsparcia w kwestiach społecznych i/lub wychowawczych
 |
| * Osoba niesamodzielna, potrzebująca wsparcia przy wykonywaniu czynności dnia codziennego
 |
| * Opiekun osoby niesamodzielnej
 |
| 7 | Ilość dzieci (w wieku od 3 do 18 lat), które mają zostać objęte wsparciem w ramach projektu razem z rodzicem **(jeżeli dotyczy)** |  |
| **STATUS UCZESTNIKA**  |
| 8 | Określ swój aktualny status na rynku pracy: | * Osoba pracująca (należy dołączyć zaświadczenie od pracodawcy)
 |
| * Osoba bezrobotna zarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy (należy dołączyć zaświadczenie z PUP)
 |
| * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w Powiatowym Urzędzie Pracy (należy dołączyć zaświadczenie z ZUS)
 |
| * Osoba bierna zawodowo (należy dołączyć zaświadczenie z ZUS)
 |
| 9 | Czy korzystasz (lub twoja rodzina korzysta) ze świadczeń z pomocy społecznej (zgodnie z Ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej)? | * Tak
* Nie
 |
| 10 | Jeżeli w poprzednim pytaniu zaznaczyłaś/eś **„Nie”**, to czy kwalifikujesz się do objęcia ww. wsparciem, tj. spełniasz którąkolwiek z przesłanek określonych w art. 7 Ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej? |
| A | Ubóstwo | * Tak
* Nie
 |
| B | Sieroctwo | * Tak
* Nie
 |
| C | Bezdomność | * Tak
* Nie
 |
| D | Bezrobocie | * Tak
* Nie
 |
| E | Niepełnosprawność | * Tak
* Nie
 |
| F | Długotrwała lub ciężka choroba | * Tak
* Nie
 |
| G | Przemoc w rodzinie | * Tak
* Nie
 |
| H | Potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi | * Tak
* Nie
 |
| I | Potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności | * Tak
* Nie
 |
| J | Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych | * Tak
* Nie
 |
| K | Trudność w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy  | * Tak
* Nie
 |
| L | Trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego | * Tak
* Nie
 |
| M | Alkoholizm lub narkomania | * Tak
* Nie
 |
| N | Zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa | * Tak
* Nie
 |
| O | Klęska żywiołowa lub ekologiczna | * Tak
* Nie
 |
|  |
| 11 | Czy jesteś osobą, o której mowa w art. 1 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym? | * Tak
* Nie
 |
| 12 | Czy Twoja rodzina przeżywa trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w Ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej? | * Tak
* Nie
 |
| 13 | Czy jesteś osobą z niepełnosprawnością? | * Tak (należy dostarczyć orzeczenie o niepełnosprawności)
	+ W stopniu lekkim
	+ W stopniu umiarkowanym
	+ W stopniu znacznym
* Nie
 |
| 14 | Czy jesteś członkiem/członkinią gospodarstwa domowego sprawującym/sprawującą opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, a co najmniej jeden z domowników nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością? | * Tak
* Nie
 |
| 15 | Czy jesteś osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu? | * Tak
* Nie
 |
| 16 | Czy jesteś osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań? | * Tak
* Nie
 |
| 17 | Czy korzystasz z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa? | * Tak
* Nie
 |
|  | **KRYTERIA PREMIUJĄCE** Nie masz obowiązku na nie odpowiadać, natomiast brak odpowiedzi pozbawi Cię możliwości otrzymania dodatkowych punktów dających pierwszeństwo podczas rekrutacji do projektu |
| 18 | Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osoby z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych) – 1 pkt. | * Tak
* Nie

Zgodnie z orzeczeniem dołączonym do pkt. 13 |
| 19 | Osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenia z powodu więcej niż jednaj z przesłanek (wskazanych w definicji osoby zagrożonej ryzykiem ubóstwa i/lub wykluczenia społecznego) – 1 pkt. | * Tak
* Nie

Tak, jeżeli korzystasz ze świadczeń pomocy społecznej z uwagi na wielokrotne wykluczenie społeczne, lub gdy w pkt. 10 zaznaczyłaś/eś więcej niż jedno „Tak”. |
| 20 | Jeżeli korzystasz z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zaznaczyłaś/eś w pkt. 17 „Tak”), czy zakres wsparcia PO PŻ w ramach działań towarzyszących powiela działania zaplanowane w ramach naszego projektu? – 1 pkt. | * Tak
* Nie
 |
| 21 | Rodzina wielodzietna – 1 pkt. | * Tak
* Nie
 |
| 22 | Rodzina i/lub osoba niesamodzielna korzystające ze wsparcia Elbląskiego Centrum Usług Społecznych – 1 pkt., | * Tak (należy dostarczyć zaświadczenie z ECUS)
* Nie
 |
| 23 | Osoby samotnie wychowujące dzieci – 1 pkt. | * Tak
* Nie
 |
| 24 | Wpisz wielkość dochodu na 1 osobę w Twoim gospodarstwie domowym.Pierwszeństwo w dostępie do usług mają osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej – 1 pkt. |  ………………………………………………..zł |
| **MOTYWACJA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE (3 pkt.)** |
| 25 | ……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………….. |
| **DODATKOWE INFORMACJE** |
| 26 | Co możemy zrobić, aby Pan/Pani czuł/a się komfortowo podczas udziału w naszym projekcie? |
|  | * Zapewnienie dostępności architektonicznej w miejscach realizacji projektu
* Zapewnienie materiałów drukowanych czcionką większą niż standardowa
* Zapewnienie materiałów w alfabecie Braille’a
* Zapewnienie warunków dla psa asystującego
* Zapewnienie tłumacza języka migowego
* Inne, napisz nam ………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………..  |

……………………………………………………….
(miejscowość i data)

……………………………………………………….

(czytelny podpis\*)

\*dokument powinna podpisać osoba ubiegająca się o objęcie wsparciem w ramach projektu, lub jej opiekun prawny (w przypadku osób niesamodzielnych, dla których został ustanowiony taki opiekun).