

KARTA REKRUTACYJNA dla uczestnika projektu

DO UDZIAŁU W PROJEKcie „ROZWÓJ KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH OSÓB
AUTYSTYCZNYCH”

Realizowanym przez FUNDACJĘ NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH „ZOSIA RADOSIA i
Centrum Terapii, Rewalidacji I Wspomagania Rozwoju Magdalena Niemiec

Projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach
Osi priorytetowej 9 Solidarne społeczeństwo, Działanie 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych,
Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020

Część I – wypełnia kandydat/ka do udziału w projekcie lub jego/jej opiekun

1. Dane osobowe:

| | |
|--|---|
| Imię | |
| Nazwisko | |
| Pesel | |
| Adres zamieszkania | Ulica, nr budynku, nr lokalu: Województwo, Miejscowość, kod pocztowy: |
| Numer telefonu i/lub adres e-mail | |
| Niesamodzielność | <p>Czy jest Pan/Pani osobą niesamodzielną? <i>(osoba niesamodzielną to taka, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Tak, jestem osobą niesamodzielną i załączam opinię lekarza o niesamodzielną</p> <p><input type="checkbox"/> Tak, jestem osobą niesamodzielną i załączam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> Nie, nie jestem osoba niesamodzielną</p> |
| Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| Wiek (lata skończone) | |

| | |
|--|--|
| <p>Niepełnosprawność</p> | <p>Czy jest Pan/Pani osobą niepełnosprawną?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak, jestem osobą niepełnosprawną i załączam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym <p><input type="checkbox"/> Nie jestem osobą niepełnosprawną</p> |
| <p>Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym (na podstawie Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020)</p> | <p>Proszę zaznaczyć, do której grupy osób zalicza się Pan/Pani (można zaznaczyć więcej niż jedną kategorię wykluczenia)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej; <input type="checkbox"/> osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym; <input type="checkbox"/> osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej; <input type="checkbox"/> osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2014 r. poz. 382, z późn. zm.); <input type="checkbox"/> osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r. poz. 2156, z późn. zm.); <input type="checkbox"/> osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytocznych w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020; <input type="checkbox"/> rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością; <input type="checkbox"/> osoby, dla których ustalono III profil pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r. poz. 645, z późn. zm.); <input type="checkbox"/> osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020; <input type="checkbox"/> osoby odbywające kary pozbawienia wolności; <input type="checkbox"/> osoby korzystające z PO PŻ. <input type="checkbox"/> osoby niesamodzielne; |
| <p>Kryterium dochodowe (Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)</p> | <p>Mój dochód nie przekracza 951,00 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) – w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634,00 złotych (kryterium dochodowe osoby samotnie gospodarującej)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> <p>Mój dochód nie przekracza 771,00 zł (150 % właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 514,00 zł (kryterium dochodowe na osobę w rodzinie)</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>Osoba samotna</p> | <p>Czy jest Pan/i osobą samotną?</p> |

| | |
|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Udział w innym projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego | Czy aktualnie bierze Pan/i udział w innym projekcie współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

2. Oświadczam, że:

- zapoznałem/zapoznałam się z zasadami udziału w projekcie określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „ROZWÓJ KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH OSÓB AUTYSTYCZNYCH”,
- zgodnie z wymogami jestem uprawniony/uprawniona do uczestnictwa w projekcie i na dzień złożenia karty rekrutacyjnej zapoznałem/zapoznałam się z zasadami udziału w projekcie określonymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „ROZWÓJ KOMPETENCJI SPOŁECZNYCH OSÓB AUTYSTYCZNYCH” oraz spełniam wymagane kryteria rekrutacji,
- zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi priorytetowej 9 Solidarne społeczeństwo, Działania 9.3 Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, 9.3.2 – Rozwój usług społecznych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014 – 2020,
- wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przez FUNDACJĘ NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH ZOSIA RADOSIA i Centrum Terapii, Rewalidacji I Wspomagania Rozwoju Magdalena Niemiec do celów niezbędnych przy rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922),
- oświadczam, że podane przeze mnie dane są zgodne ze stanem faktycznym i równocześnie zobowiązuję się poinformować FUNDACJĘ NA RZECZ OSÓB NIESAMODZIELNYCH ZOSIA RADOSIA i Centrum Terapii, Rewalidacji I Wspomagania Rozwoju Magdalena Niemiec w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.

.....
(data i podpis kandydata/ki do udziału w projekcie lub jego/jej opiekuna)



Część II – wypełnia Komisja Rekrutacyjna

Liczba uzyskanych punktów

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
(data i podpisy członków komisji rekrutacyjnej)