Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Bo liczy się człowiek”

WZÓR

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

„Bo liczy się człowiek”

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia Realizator – Centrum Usług Społecznych w Kluczach** | |
| **Numer projektu** | **FEMP.06.26-IP.01-0274/24** |
| **Numer formularza rekrutacyjnego** |  |
| **Data złożenia formularza rekrutacyjnego** |  |
| **Podpis osoby przyjmującej** |  |

**Wypełnia** **kandydat/kandydatka:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane** **kandydata/kandydatki** | |
| **Dane** **osobowe** | |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |  |
| **Adres** **zamieszkania** | |
| Ulica |  |
| Numer domu/lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| **Dane** **kontaktowe** | |
| Telefon |  |
| Adres e-mail |  |
| **Adres** **do** **korespondencji** **(jeżeli** **inny** **niż** **adres** **zamieszkania)** | |
| Ulica |  |
| Numer domu/lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oświadczenie** **kandydata/kandydatki** | | | | | | |
| **Część I. Kryteria formalne udziału w projekcie** | | | | | | |
| 1. Zamieszkuję na terenie Gminy Klucze  2. Pracuję na terenie Gminy Klucze  3. Uczę się na terenie Gminy Klucze | * tak * tak * tak | | * nie * nie * nie | | | * nie dotyczy * nie dotyczy |
| **Część II. Kryteria dostępu obligatoryjne udziału w projekcie** | | | | | | |
| **1**. Korzystam ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, gdyż: | * tak | | | | * nie | |
| 1.1 jestem dotknięty/dotknięta problemem | * ubóstwa * sieroctwa * bezrobocia * niepełnosprawności * bezdomności * długotrwałej lub ciężkiej choroby * przemocy domowej * potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi * potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; * bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych * trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach * trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego * alkoholizmu lub narkomanii * zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej * klęski żywiołowej lub ekologicznej * Inne (jakie?)………………………………………..……………………… | | | | | |
| Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np.: decyzja przyznająca pomoc finansową na podstawie ustawy o pomocy społecznej, zaświadczenie z urzędu pracy lub oświadczenie o byciu osobą bezrobotną, oświadczenie pracownika socjalnego potwierdzające występowanie w rodzinie bezradności w sprawach opiekuńczo wychowawczych lub innych problemów, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, zaświadczenie o opuszczeniu zakładu karnego, zaświadczenie lub inne dokumenty potwierdzające zdarzenie losowe lub sytuację kryzysową, decyzja przyznająca pomoc w formie schronienia, pismo ze spółdzielni potwierdzające zadłużenie, zaświadczenie lekarskie o długotrwałej chorobie | | wypełnia Realizator  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| **2**. Jestem członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą/dzieckiem potrzebującym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | * tak | | | | * nie | |
| Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np.: zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia osoby wymagającej wsparcia | | wypełnia Realizator  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| **3**. Jestem osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością | * tak | | | | * nie | |
| Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np. : decyzja przyznająca pomoc w formie schronienia, zaświadczenie właściwej instytucji lub inny dokument potwierdzający w/w sytuację (np. pismo ze spółdzielni o zadłużeniu), wywiad środowiskowy potwierdzający sytuację osoby będącej w kryzysie bezdomności | | wypełnia Realizator  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| **4**. Jestem osobą z niepełnosprawnością, w tym: | * tak | * nie | | * odmowa podania informacji | | |
| 4.1. orzeczono wobec mnie | * znaczny stopień niepełnosprawności * umiarkowany stopień niepełnosprawności * lekki stopień niepełnosprawności * niepełnosprawność sprzężoną * chorobę psychiczną * niepełnosprawność intelektualną * całościowe zaburzenia rozwojowe | | | | | |
| Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np.: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym lub znacznym, orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia, orzeczenie o niezdolności do pracy, orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe, itd.), w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza taki jak np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia | | wypełnia Realizator  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | |
| **Część III. Kryteria preferencyjne udziału w projekcie** | | | | | | |
| **1**. Jestem osobą wykluczoną komunikacyjnie (pozbawioną możliwości korzystania z transportu publicznego w miejscu zamieszkania) | * tak | | | | * nie | |
| **2**. Jestem osobą opuszczającą placówkę opieki instytucjonalnej | * tak | | | | * nie | |
| Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np.: zaświadczenie z placówki opieki instytucjonalnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie w placówce | | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (wypełnia Realizator) | | | | |
| **3**. Jestem osobą, która opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy | * tak | | | | * nie | |
| Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np. zaświadczenie jednostki penitencjarnej lub inny dokument potwierdzający przebywanie lub opuszczenie jednostki penitencjarnej | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (wypełnia Realizator) | | | | |
| **4**. Jestem osobą korzystającą z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową – pomocy żywnościowej w formie paczek lub posiłków | * tak | | | | * nie | |
| Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium, np. kserokopia skierowania do programu, zaświadczenie/dokument wystawiony przez CUS lub organizację partnerską wydającą żywność | | ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  (wypełnia Realizator) | | | | |
| **Część IV. Informacje o potrzebach specjalnych** | | | | | | |
| Tłumacz języka migowego | * tak | | | | * nie | |
| Materiały w Alfabecie Braille’a | * tak | | | | * nie | |
| Pętla indukcyjna | * tak | | | | * nie | |
| Inne usprawnienia – jakie? |  | | | | | |
| **Część V. Oświadczenia dodatkowe** | | | | | | |
| **Oświadczam, że:**   * posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, a wszystkie podane przeze mnie powyżej informacje są prawdziwe i kompletne; * zobowiązuję się do udokumentowania podanych informacji potwierdzających kwalifikowalność udziału w projekcie; * zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Bo liczy się człowiek” realizowany przez Gminę Klucze – Centrum Usług Społecznych w Kluczach współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Małopolski na lata 2021-2027; * jestem świadomy/a, iż złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie; * wyrażam zgodę na prowadzenie dalszego postępowania rekrutacyjnego, mającego na celu określenie moich predyspozycji do udziału w projekcie; * jestem świadomy/-a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. | | | | | | |

………………………………………………………………………

Data i czytelny podpis kandydata/kandydatki

**OCENA SPEŁNIENIA KRYTERIÓW UDZIAŁU W PROJEKCIE – WYPEŁNIA REALIZATOR**

**Kandydat**/**kandydatka** …………………………………………………………………………………………… **PESEL**: ……………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa kryterium** | **Spełnienie kryterium** | | | | **Ilość punktów** |
| 1. | **Kryteria formalne udziału w projekcie** | * tak | * nie | | | nie dotyczy |
| 2. | **Kryteria obligatoryjne udziału w projekcie** | | | | | |
| 2.1 | Korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej  lub  kwalifikuje się do objęcia wsparciem na podstawie przesłanek - …………………… (*ilość przesłanek*) | * tak * tak | * nie * nie | | | nie dotyczy |
| 2.2 | Jest członkiem gospodarstwa domowego sprawującym opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | * tak | * nie | | | nie dotyczy |
| 2.3 | Jest osobą w kryzysie bezdomności, dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań lub zagrożoną bezdomnością | * tak | * nie | | | nie dotyczy |
| 2.4 | Jest osobą z niepełnosprawnością | * tak | * nie | | | nie dotyczy |
| 3. | **Kryteria preferencyjne udziału w projekcie** | | | | | |
| 3.1 | Doświadcza wielokrotnego wykluczenia społecznego (*wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek kwalifikujących do wsparcia w projekcie lub spełnienie więcej niż jedna przesłanka określona w art. 7 ustawy o pomocy społecznej*) | * tak | | * nie | * 4 punkty – powyżej 3 powodów * 3 punkty – 3 powody * 2 punkty – 2 powody * 0 punktów – 1 powód | |
| 3.2 | Jest osobą z niepełnosprawnością | * tak | | * nie | * 5 punktów – znaczny stopień niepełnosprawności * 4 punkty – umiarkowany stopień niepełnosprawności * 3 punkty - niepełnosprawność sprzężona, choroba psychiczna, niepełnosprawność intelektualna, całościowe zaburzenia rozwojowe | |
| 3.3 | Korzysta z programu FE PŻ | * tak | | * nie | * 2 punkty | |
| 3.4 | Opuszcza placówkę opieki instytucjonalnej | * tak | | * nie | * 1 punkt | |
| 3.5 | Jest wykluczona komunikacyjnie | * tak | | * nie | * 1 punkt | |
| 3.6 | Opuściła jednostkę penitencjarną w terminie ostatnich 12 miesięcy | * tak | | * nie | * 1 punkt | |
| 3.7 | Premiowana płeć | * tak | | * nie | * 1 punkt | |
| **ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW** | | | | |  | |

Klucze, dnia ……………………………………… Podpis Realizatora ………………………………………