



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn. „Rozwój usług społecznych w Gminie Skarszewy” realizowanego w ramach programu: Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027

Deklaruję chęć uczestnictwa w projekcie w ramach wsparcia	W ramach: Zadanie 1. Realizacja usług społecznych na terenie Gminy Skarszewy
	☐ Usług opiekuńcze
	☐ Asystent dla osoby z niepełnosprawnością
	☐ Rehabilitacja
	☐ Rehabilitacja z możliwością dowozu i odwozu
	☐ Gimnastyka grupowa (zajęcia rekreacyjno – sportowe)
	☐ Zajęcia grupowe na basenie
	☐ Opaski bezpieczeństwa
	☐ Usługi sąsiedzkie opiekuńcze świadczone przez wolontariuszy
	W ramach: Zadanie 2. Utworzenie punktu konsultacyjnego w tym realizacja szkoły dla rodziców
	☐ Wsparcie psychiatry
	☐ Wsparcie psychologa
	☐ Udział w zajęciach szkoły dla rodziców
	W ramach: Zadanie 3. Szkolenie dla opiekunów nieformalnych
	☐ Wsparcie psychologa
	☐ Kurs pierwszej pomocy przedmedycznej
	☐ Kurs „ABC opieki nad osobą chorą
	W ramach: Zadanie 4. Utworzenie samopomocowej grupy seniorów
	☐ Udział w grupie samopomocowej seniorów
	☐ Warsztaty ogólnorozwojowe
☐ Warsztaty kulinarne z elementami zdrowego żywienia	
☐ Warsztaty arteterapii	
☐ Warsztaty prozdrowotne, w tym z dietetykiem	
☐ Zajęcia grupowe z psychologiem	



Dane podstawowe	1	Imię:
	2	Nazwisko:
	3	PESEL
	4	Data i miejsce urodzenia:
	5	Obywatelstwo:
Dane dodatkowe	6	Wykształcenie: podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ średnie I stopnia lub niższe ☐ , Ponadgimnazjalne lub policealne ☐ Wyższe ☐
	7	Płeć : kobieta ☐ / mężczyzna ☐
Adres zamieszkania	8	Kraj:
	9	Województwo:
	10	Powiat:
	11	Gmina:
	12	Kod pocztowy:
	13	Miejscowość:
	14	Obszar ^a : miasto ☐ / wieś ☐ ^b
	15	Ulica:
	16	Nr domu:
	17	Nr lokalu:
Dane kontaktowe	18	Telefon kontaktowy:
	19	Adres poczty elektronicznej:
Dodatkowe dane	20	Jestem osobą niepełnosprawną ^a TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐
	21	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia ^a TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI ☐
	22	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań ^a TAK ☐ NIE ☐
	23	Osoba obcego pochodzenia w tym osobą z Państw trzecich TAK ☐ NIE ☐



Przynależność do grup docelowej	24	Jestem osobą należącą do jednej z niżej wymienionych grup: - osoba z niepełnosprawnościami ☐ – (wymagany dokument: orzeczenie o niepełnosprawności), - osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu/z problemami zdrowotnymi/ z ograniczoną sprawnością ☐ – (wymagany dokument: orzeczenie o niepełnosprawności / opinia/zaświadczenie lekarza/ karty leczenia), - osoba starsza w wieku 60+ ☐ - osoba starsza w wieku 60+ wymagająca transportu na rehabilitację ☐ czytelny podpis pracownika socjalnego lub KIPUS-a potwierdzający kryterium konieczności dowozu na rehabilitację - osoba z rodziny dotkniętej: problemem przemocy domowej/ problemem alkoholowym/ problemami opiekuńczo – wychowawczymi/ problemami natury psychologiczno- psychiatrycznej ☐- (wymagana informacja pracownika socjalnego lub asystenta rodziny) - osoba opiekująca się osobami zależnymi ☐ - osoba zamieszkująca gminę Skarszewy ☐ - (wymagany dokument potwierdzające miejsce zamieszkania- wystawione na daną osobę i jej adres zamieszkania np. kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty np. umowa najmu lokalu, zaświadczenie z UM)
---	-----------	---

Ja niżej podpisany / podpisana:

- Wyrażam zgodę na poddanie się ocenie sytuacji osobistej w oparciu o dane źródłowe Centrum Usług Społecznych w Skarszewach oraz wzięcie udziału w wywiadzie z pracownikiem socjalnym. W przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie.
- Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie jestem zobowiązany do okazania dokumentów potwierdzających informację zawartą w ankiecie.
- Oświadczam, że zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie akceptuję jego postanowienia oraz spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do wzięcia udziału w niniejszym projekcie.
- Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Rozwój usług społecznych w Gminie Skarszewy” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz potwierdzam, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis składającego ankietę