****

***Załącznik Nr 1***

***do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa***

**FORMULARZ REKRUTACYJNY – ZGŁOSZENIE**

**„WSPARCIE SENIORÓW Z GMINY MANOWO”**

**DZIAŁANIE 7.6 WSPARCIE ROZWOJU USŁUG SPOŁECZNYCH ŚWIADCZONYCH W INTERESIE OGÓLNYM**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Dane uczestnika** | | | | | | | | | | | |
| **Imię** |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| **Data i miejsce urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **Wiek** |  | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Płeć** | * K * M | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie**  **wg poziomów ISCED** | * Niższe niż podstawowe * podstawowe * gimnazjalne * ponadgimnazjalne * policealne * wyższe | | | | | | | | | | |
| **Telefon** |  | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Dane dotyczące zamieszkania uczestnika** | |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Poczta** |  |
| **Obszar** | * Miejski * Wiejski |

|  |  |
| --- | --- |
| **III. Dane dodatkowe** | |
| **Status na rynku pracy** | Osoba nieaktywna zawodowo (emeryt/rencista)   * Tak * Nie |
| Osoba:  - pracująca   * Tak * Nie   - bezrobotna   * Tak * Nie |
|  |  |
| **IV Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu** | |
| **Obywatelstwo** |  |
| **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności** | Posiadam niepełnosprawność (udokumentowaną)   * Tak * Nie   J Jeśli **Tak** to w stopniu:     * lekkim * umiarkowanym * znacznym |
| **Korzystanie przez osobę/rodzinę ze świadczeń pomocy społecznej** | * Tak * Nie |

|  |  |
| --- | --- |
| **V Preferencyjne kryteria rekrutacji do projektu** | |
| **Osoby zagrożone ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej** | * Tak * Nie |
| **Osoby niepełnosprawne i niesamodzielne, których dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego tj. 792 zł (na osobę samotnie gospodarującą lub w rodzinie)** | * Tak * Nie |
| **Osoby 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** | * Tak * Nie |
| **Osoby lub rodziny korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020- zakres wsparcia tych osób w ramach projektu jest komplementarny i uzupełnia działania współfinansowane z PO PŻ w ramach działań towarzyszących** | * Tak * Nie |

...................................................……… ……………….…………………………

Miejscowość i data Podpis

**Opinia Komisji Rekrutacyjnej:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Kandydata KWALIFIKUJE SIĘ / NIE KWALIFIKUJE SIĘ\* do wzięcia udziału w projekcie**

*\* właściwe zakreślić*

**Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:**

……………………………………..………………………… ……………………………………..…………………………

……………………………………..…………………………

……...…………………………

*Miejscowość, data*