****

 ***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*