



Złącznik nr 1 – do Regulaminu naboru i rekrutacji uczestników w projekcie pn. „Skuteczne Ośrodki Pomocy Społecznej w Euroregionie Puszczy Białowieskiej”.

Potwierdzenie złożenia wniosku (data wpływu)		Podpis osoby przyjmującej wniosek	
--	--	--	--

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE pn. „Skuteczne Ośrodki Pomocy Społecznej w Euroregionie Puszczy Białowieskiej”

I CZĘŚĆ: (DANE UCZESTNIKA - PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ			
NAZWISKO			
PESEL		DATA URODZENIA	
TELEFON KONTAKTOWY		E-MAIL (jeśli posiadasz)	
POWIAT		GMINA	
MIEJSCOWOŚĆ		KOD POCZTOWY	
ULICA/ NR BUDYNKU / NR LOKALU			

II CZĘŚĆ – KRYTERIA OBLIGATORYJNE:

Proszę zaznaczyć X jeśli Pan/Pani spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI PAN/PANI SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA:**

mieszkam na terenie gminy

jestem osobą zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej, tj. m.in. niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba.



III CZĘŚĆ – KRYTERIA PREMIOWANE:

Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria premiowane (Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferencyjnych do objęcia wsparciem to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferencyjnych nadal możliwy jest udział w projekcie). W celu potwierdzenia spełnienia kryteriów premiowanych – na II etapie rekrutacji – zostanie Pan/Pani poproszony/a o przedstawienie stosownych dokumentów potwierdzających zasadność przyznania dodatkowych punktów.

Należą do grupy osób, które spełniają następujące kryteria premiowane:

- kryterium dochodowe - osoby, których dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, obowiązującego w pomocy społecznej art. 8 Ustawy o pomocy społecznej (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 2268 z późn. zm.) - (wymagane zaświadczenie);
- osoby zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczające wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki - (weryfikacja - oświadczenie);
- osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności - (weryfikacja - zaświadczenie lub orzeczenie);
- osoby z niepełnosprawnością sprzężoną – (weryfikacja - zaświadczenie, orzeczenie o niepełnosprawności);
- osoby korzystające z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina) (zaświadczenie z GOPS lub inny dokument potwierdzający spełnienie kryterium);

CZEŚĆ IV- INFORMACJA O UCZESTNIKU PROJEKTU

Proszę odpowiedzieć na pytanie:

Czy korzysta Pan/Pani z pomocy w ramach istniejącego systemu pomocy społecznej?

- TAK NIE

CZEŚĆ V - OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie pn. „Skuteczne Ośrodki Pomocy Społecznej w Euroregionie Puszczy Białowieskiej” i deklaruję chęć uczestnictwa w nim;
2. Zostałem poinformowany/na o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego;
3. Przedstawione przeze mnie w niniejszym formularzu zgłoszeniowym dane są prawdziwe i odpowiadają stanowi faktycznemu na dzień podpisania niniejszego formularza. Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności jaka ponoszę w przypadku podania nieprawdziwych danych.

.....
miejsowość, data czytelny podpis Kandydata/Kandydatki lub opiekuna prawnego*



VI CZĘŚĆ - Wypełnia Realizator projektu (pracownik socjalny przyjmujący formularz)

Nazwa organizacji/institucji	
Data wpływu Formularza Rekrutacyjnego	

STATUS UCZESTNIKA <i>Kryteria obligatoryjne:</i>		
Osoba zamieszkująca na terenie Gminy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osoba niepełnosprawna, niesamodzielna	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
STATUS UCZESTNIKA <i>Kryteria premiowane:</i>		PUNKTY:
Osoba niesamodzielna i/lub niepełnosprawna, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego z ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	5/0
Osoby lub rodziny zagrożone ubóstwem/wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia z powodu więcej niż jednej przesłanek	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	2/0
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	2/0
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	3/0
Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	1/0
SUMA:		
Uwagi:		

Kandydat/ka KWALIFIKUJE SIĘ/ NIE KALIFIKUJE SIĘ/ WPISANO NA LISTĘ REZERWOWĄ* do wzięcia udziału w projekcie.

.....

podpisy komisji dokonującej rekrutacji uczestnika

.....

Miejscowość i data

