**Formularz rekrutacyjny**

**do uczestnictwa w projekcie „ Bezpieczna Przystań – Vigor”**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł Projektu : „ Bezpieczna Przystań – Vigor”** | |
| **Oś priorytetowa: RPLU. 11 Włączenie społeczne** | |
| **Działanie : 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne** | |
| **Termin realizacji projektu 01.06.2019r. – 31.05.2022r.** | |
| Nazwisko i imię : |  |
| Data urodzenia: |  |
| Adres zamieszkania : |  |
| Numer telefonu kontaktowego : |  |
| Czy osoba jest uczestnikiem innego projektu realizowanego w ramach Poddziałania 11.2 Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2012 | * Nie * Tak |
| Czy osoba korzysta ze wsparcia MOPS Puławy lub kwalifikuje się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy o pomocy społecznej w szczególności z powodu: | * Nie * Tak   ***Zaznacz przyczyny udzielenia wsparcia***  *1) ubóstwo;*  *2) sieroctwo;*  *3) bezdomność;*  *4) bezrobocie;*  *5) niepełnosprawność;*  *6) długotrwała lub ciężka choroba;*  *7) przemoc w rodzinie;*  *7a) potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi;*  *8) potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;*  *9) bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;*  *10) trudność 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;*  *11) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;*  *12) alkoholizm lub narkomania;*  *13) zdarzenie losowe i sytuacji kryzysowej*  *14) klęska żywiołowa lub ekologiczna* |
| Czy osoba lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadcza wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanek o których mowa w Rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014 – 2020 | * *Nie* * *Tak*   ***Zaznacz właściwe***  *a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;*  *b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;*  *c) osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;*  *d) osoby nieletnie, wobec których zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 2016 r. poz. 1654, z późn. zm.); e) osoby przebywające w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2017 r. poz. 2198, z późn. zm.);*  *f) osoby z niepełnosprawnością – osoby z niepełnosprawnością w rozumieniu Wytycznych* *w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 lub uczniowie/dzieci z niepełnosprawnościami w rozumieniu Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze edukacji na lata 2014-2020;*  *g) członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;*  *h) osoby niesamodzielne;*  *i) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego* *realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;*  *j) osoby odbywające kary pozbawienia wolności;*  *k) osoby korzystające z PO PŻ.* |
| Czy osoba ubiegająca się o udział w projekcie ma orzeczony umiarkowany lub znaczny stopień niepełnosprawności albo orzeczoną całkowitą niezdolność do pracy lub całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji | * Nie * Tak   *Stopień niepełnosprawności*   znaczny  umiarkowany  *Załącznik : do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,*  ***wpisać symbol schorzenia nr orzeczenia data wydania i okres na który orzeczenie zostało wydane****.*  …………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………. |
| Czy osoba niepełnosprawna jest osobą z niepełnosprawnością sprzężoną czyli u której stwierdzono występowanie dwóch lub więcej niepełnosprawności | * Nie * Tak   *Załącznik do wglądu : zaświadczenie lekarskie/*  *orzeczenie o niepełnosprawności*  ***wpisać nr orzeczenia data wydania i okres na który orzeczenie zostało wydane oraz symbole niepełnosprawnościami***  *…………………………………………………………………………………..………………………………………….………………………………………*  *……………………………………………………..* |
| Liczba członków rodziny pozostających w gospodarstwie domowym ( osoba ubiegająca się o udział w projekcie + osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie domowym ) |  |
| Dochód osoby / dochód rodziny |  |
| Dochód na osobę w rodzinie |  |
| Czy osoba / rodzina objęta jest pomocą w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020 | * Tak * Nie |
| **Oferowane formy wsparcia** | Pobyt w Dziennym Domu Pomocy dla Osób Starszych   TAK  NIE  Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania   TAK  NIE  Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego i wspomagającego   TAK  NIE |
| **OŚWIADCZENIA :**  Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą  Jestem świadomy/a, że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie  Przetwarzanie moich danych osobowych odbywa się w MOPS w Puławach na podstawie art. 6 ust. 1 lit c) oraz art. 9 ust. 2 lit. g) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady 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 w celu udziału w projekcie ***„Bezpieczna Przystań Vigor”.***  **Czytelny podpis kandydata (lub opiekuna) na uczestnika projektu, data** | |
| **Pieczątka i podpis pracownika socjalnego sporządzającego ankietę , data** | |
| **Adnotacje**  Kandydat/ka spełnia kryteria formalne  TAK  NIE  Kandydat/ka spełnia kryteria merytoryczne  TAK  NIE  Wynik rekrutacji  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….. | |