



Instrukcja wypełniania formularza rekrutacyjnego Tuszów Narodowy

Dane uczestnika

Proszę wypełniać w miarę możliwości czytelnie i wypełniać wszystkie rubryki!

Imię: - imię lub imiona

Nazwisko: - nazwisko lub nazwiska

Płeć : (proszę zaznaczyć właściwe) Kobieta Mężczyzna

Wiek w chwili przystąpienia do projektu - wiek na dzień składania formularza

PESEL:..... - proszę zweryfikować poprawność

Dane kontaktowe – oświadczenie o miejscu zamieszkania

Miejscowość.....

Ulica - jeżeli nie ma ulicy proszę wpisać kreskę ---

Nr domu Nr lokalu - jeżeli nie ma nr lokalu proszę wpisać kreskę ---

Kod pocztowy Poczta

Gmina.....

Powiat

Województwo.....

Kraj

Obszar (proszę zaznaczyć właściwe):

obszar wiejski obszar miejski

Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) 1 2 3 - proszę zaznaczyć **3**

Telefon stacjonarny..... - jeżeli nie ma proszę wpisać brak

Telefon komórkowy..... - jeżeli nie ma proszę wpisać brak

Adres poczty elektronicznej (e-mail) - jeżeli nie ma proszę wpisać brak

Status uczestnika

Wykształcenie (proszę zaznaczyć właściwe):

Brak – bez wykształcenia	<input type="checkbox"/> Tak
Podstawowe – wykształcenie maksymalnie podstawowe	<input type="checkbox"/> Tak
Gimnazjalne – wykształcenie maksymalnie gimnazjalne	<input type="checkbox"/> Tak
Ponadgimnazjalne – ukończone maksymalnie liceum ogólnokształcące, technikum lub szkoła zawodowa	<input type="checkbox"/> Tak
Pomaturalne – ukończona maksymalnie szkoła policealna (studium dwuletnie)	<input type="checkbox"/> Tak
Wyższe – ukończone minimalnie studia licencjacki oraz wyżej	<input type="checkbox"/> Tak

Status uczestnika (proszę zaznaczyć właściwe):

Jestem członkiem mniejszości etnicznej lub narodowej, migrantem, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących – nikt w domu nie pracuje	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu – dzieci do 18 roku życia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jestem osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) – proszę zaznaczyć TAK (ze względu na obszar DEGURBA)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć „x”):

1. Jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w urzędzie pracy, w tym: a. Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> – osoba zarejestrowana minimum 12 miesięcy ciągle	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
2. Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w urzędzie pracy, w tym: a. Długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> – osoba poszukująca pracy minimum 12 miesięcy ciągle	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
3. Jestem bierną zawodowo, w tym: a. Ucząca się <input type="checkbox"/> – dotyczy osób młodych b. Nieuczestnicząca w kształceniu/szkoleniu <input type="checkbox"/> – dotyczy osób młodych c. Inne <input type="checkbox"/> – osoba nie szuka pracy w tym emeryt, rencista	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
4. Jestem osobą pracującą, w tym: (wpisać stanowisko i nazwę zakładu pracy)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć „X”):

5. Jestem osobą niesamodzielną – wszyscy uczestnicy projektu muszą być niesamodzielnymi (należy dołączyć zaświadczenie lekarskie)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
6. Jestem osobą niepełnosprawną (należy dołączyć kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
7. Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, tj.: (ile dostają „na rękę”) a. Osoba samotnie gospodarująca - dochód do 951,00 zł b. Osoba w rodzinie, dochód na członka rodziny - 771,00 zł (należy dołączyć zaświadczenie o dochodach)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
8. Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
9. Jestem osobą korzystającą z pomocy społecznej (należy dołączyć zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
10. Jestem osobą samotnie gospodarującą (osoba prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

W ramach projektu jestem zainteresowana/ zainteresowany: - **zaznaczają wstępnie co uczestnicy chcą (nieobowiązkowa)**

- Pobytem w dziennym domu opieki
- Usługami opiekuńczymi (pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opieka higieniczna, pielęgnacja zalecona przez lekarza, zapewnienie kontaktu z otoczeniem)
- Specjalistycznymi usługami opiekuńczymi (pielęgnacja i wspieranie procesu leczenia (pomoc i asystowanie), rehabilitacja fizyczna i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu)
- Teleopieką (zdalne, całodobowe monitorowanie stanu zdrowia i reagowanie na kryzysy zdrowotne)
- Sąsiedzkimi usługami opiekuńczymi (pomoc w codziennych czynnościach domowych świadczona przez osoby blisko zamieszkujące)

Oświadczenia....

.....
Data i podpis uczestnika – data wypełnienia formularza i podpis osoby lub opiekuna prawnego