

Centrum Usług Społecznych dla powiatu bełchatowskiego

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2014-2020

Załącznik nr 6

do Regulaminu rekrutacji i
uczestnictwa w projekcie

ANKIETA REKRUTACYJNA

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA (proszę wypełnić drukowanymi literami)											
Imię											
Nazwisko											
Płeć (zaznaczyć x)	☐ Kobieta					☐ Mężczyzna					
Wiek w chwili przystąpienia do projektu											
PESEL											
Wykształcenie (zaznaczyć x)	☐ Niższe niż podstawowe ☐ Ponadgimnazjalne ☐ Podstawowe ☐ Policealne ☐ Gimnazjalne ☐ Wyższe										
DANE KONTAKTOWE											
Województwo											
Powiat											
Gmina											
Miejscowość											
Kod pocztowy											
Ulica											
Numer domu / lokalu											
Telefon stacjonarny											



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,
e-mail: biuro@przystań.belchatow.pl

Telefon komórkowy	
E-mail	

STATUS UCZESTNIKA		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu		
Osoba pracująca – jeżeli dotyczy	☐ Tak	☐ Nie
• osoba pracująca w administracji rządowej	☐ Tak	☐ Nie
• osoba pracująca w administracji samorządowej	☐ Tak	☐ Nie
• osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	☐ Tak	☐ Nie
• osoba pracująca w MMŚP	☐ Tak	☐ Nie
• osoba pracująca w organizacji pozarządowej	☐ Tak	☐ Nie
• osoba prowadząca działalność na własny rachunek	☐ Tak	☐ Nie
• inne	☐ Tak	☐ Nie
Zawód wykonywany – jeżeli dotyczy	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy	☐ Tak	☐ Nie
Osoba bierna zawodowo – jeżeli dotyczy	☐ Tak	☐ Nie

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu			
Osoba z niepełnosprawnościami	☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego w obowiązującym systemie orzecznictwa – jeżeli dotyczy:			
☐ Brak	☐ Na stałe	☐ Okresowe do dnia:	
Posiadanie stopnia niepełnosprawności w stopniu:			
☐ Znacznym (I grupa)	☐ Znacznym (I grupa)	☐ Umiarkowanym (II grupa)	
Osoba niesamodzielną* wymagająca opieki ze względu na stan zdrowia czy wiek.	☐ Tak	☐ Nie	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ Tak	☐ Nie	☐ Odmowa podania informacji
Korzystam lub korzystałem/łam z usług społecznych oraz wsparcia instytucjonalnego	☐ Tak	☐ Nie	
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	☐ Tak	☐ Nie	
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (np.: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie itp.)	☐ Tak	☐ Nie	

***Osoba niesamodzielną to osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.(tj. 1. odżywianie i wydalanie, 2. poruszanie się, komunikowanie, zapewnienie bezpieczeństwa, 3. higiena ciała, ubrania 4. zaopatrzenie i prowadzenie gospodarstwa domowego).**

PROPOZYCJA USŁUG REALIZOWANYCH W CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH*	
Miejsce krótkookresowego pobytu spełniające wymogi DDP w Bełchatowie	☐
Świetlica środowiskowa w Bełchatowie	☐
Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego	☐
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Szczerców	☐
Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Bełchatów	☐
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Żelów	☐
miejsca krótkookresowego pobytu spełniające wymogi DDP w Żelowie	☐

* poszczególne usługi wymienione powyżej będą realizowane zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie w którym zostaną przypisane do poszczególnych grup docelowych

OŚWIADCZENIA
Przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie niniejszej ankiety nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie Centrum Usług Społecznych w Powiecie Bełchatowskim
Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w tej ankiecie są zgodne z prawdą.
Zostałem/łam poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020
Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych, w tym wrażliwych, na potrzeby rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji przez instytucje i osoby obsługujące i przekazujące dane osobowe, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis kandydatki/kandydata

.....
w przypadku osoby niepełnoletniej lub
ubezwłasnowolnionej
ankietę podpisuje opiekun