



**Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji do projektu:
„Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych”**

<i>Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie</i>		
Nr formularza:	Data wpływu:	Podpis przyjmującego zgłoszenie:

**FORMULARZ REKRUTACYJNY
DO PROJEKTU „Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych ”**

**Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie w języku polskim, elektronicznie lub odręcznie.
Należy opatrzyć parafą każdą stronę formularza.**

Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.

W miejscu należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X

***Projekt promuje równe szanse kobiet i mężczyzn oraz jest dostępny
dla osób niepełnosprawnych***



DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Data urodzenia	
Wiek (na dzień składania formularza)	
Pesel	

ADRES ZAMIESZKANIA ¹ (zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego)			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Pocztą	
Województwo		Powiat	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Obszar zamieszkania wg klasyfikacji DEGURBA	<input type="checkbox"/> Obszary miejskie (o dużej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)		

DANE KONTAKTOWE (jeśli są inne niż adres zamieszkania)			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Pocztą	
Województwo		Powiat	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> Obszary miejskie (o dużej		

¹ Art. 25 Kodeksu cywilnego stanowi, iż „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”.



wg klasyfikacji DEGURBA	gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary miejskie i podmiejskie (o średniej gęstości zaludnienia) <input type="checkbox"/> Obszary wiejskie (o małej gęstości zaludnienia)
--------------------------------	--

WYKSZTAŁCENIE	
Wyższe	<input type="checkbox"/>
Pomaturalne/policealne	<input type="checkbox"/>
Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>
Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>
Podstawowe	<input type="checkbox"/>
Brak	<input type="checkbox"/>

DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE	
Posiadam	<input type="checkbox"/>
Nie posiadam	<input type="checkbox"/>

STATUS NA RYNKU PRACY ²		
1) Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
W tym:		
Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2) Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
W tym:		
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
W tym:		
Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Inne	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4) Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ ³

² Należy wybrać jedną z opcji z punktów od 1) do 4).



Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności albo inny dokument, o którym mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego		<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
	Kod niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> 01-U <input type="checkbox"/> 02-P <input type="checkbox"/> 03-L <input type="checkbox"/> 04-O <input type="checkbox"/> 05-R <input type="checkbox"/> 06-E <input type="checkbox"/> 07-S <input type="checkbox"/> 08-T <input type="checkbox"/> 09-M <input type="checkbox"/> 10-N <input type="checkbox"/> 11-I <input type="checkbox"/> 12-C	
	Stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Lekki	
	Jakie konieczne usprawnienia ze względu na Pani/Pana niepełnosprawność należy wprowadzić, aby umożliwić Pani/Panu udział w projekcie?	

Zgłaszam swoją kandydaturę do udziału w Projekcie „Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych”, realizowanego przez Fundację Promocji Zdrowia w Szczecinie w partnerstwie z GOS Polska Sp. z o.o.

Do formularza rekrutacyjnego dołączam:

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego do projektu „Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych” OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Kserokopię orzeczenia o niepełnosprawności albo innego dokumentu, o którym mowa w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

Oświadczam, że:

3 w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 1997 Nr 123 poz. 776, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. 1994 Nr 111 poz. 535, z późn. zm).



1. Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania Fundacji Promocji Zdrowia oraz GOS Polska Sp. z o.o. o zmianie powyższych danych.
2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i spełniam warunki uczestnictwa w projekcie „Dzienny Ośrodek Wsparcia Osób Niepełnosprawnych”.
3. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883, z późn. zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wszystkich form wsparcia, monitoringu i ewaluacji Projektu.

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis Kandydata



**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU KRYTERIÓW GRUPY DOCELOWEJ
w ramach projektu „DZIENNY OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH”
realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Zachodniopomorskiego 2014-2020 Oś priorytetowa VII Włączenie społeczne Działanie 7.2
Wsparcie dla tworzenia podmiotów integracji społecznej oraz podmiotów działających na rzecz
aktywizacji społeczno-zawodowej**

W związku z ubieganiem się o udział w projekcie „**DZIENNY OŚRODEK WSPARCIA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**” oświadczam, iż, ja niżej podpisany/a:

.....
(Imię i nazwisko)

1. **Jestem osobą niepełnosprawną⁴:**

tak

nie

2. **Jestem osobą pracującą, uczącą się lub zamieszkującą na obszarze województwa zachodniopomorskiego w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego:**

tak

nie

.....
Miejscowość

.....
Data

.....
Czytelny podpis Kandydata

⁴ w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375, z późn. zm).