



Załącznik 1 – FORMULARZ REKRUTACYJNY

FORMULARZ dla Uczestnika/czki projektu	
Tytuł Projektu	„Usługi społeczne na rzecz zintegrowanej społeczności powiatu sławieńskiego: Wsparcie dla osób starszych narażonych na wykluczenie społeczne poprzez zwiększenie ofert w Klubie Seniora”
Nr Projektu	FEPZ.06.19-IP.01-0025/25
Nr naboru	FEPZ.06.19-IP.01-001/23
Oś priorytetowa	FEPZ.06.00
Działanie	FEPZ.06.19
Wnioskodawca/ Realizator	Gmina Miasto Darłowo/MOPS w Darłowie
Zakres interwencji	Działania w celu zwiększenia równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości trwałych i przystępnych cenowo usług

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIAĆ **DRUKOWANYMI LITERAMI**, A POLA WYBORU ZAZNACZAĆ „X”

I	Dane uczestnika/ czki	Uczestnik/czka:	☐ osoba korzystająca ze wsparcia w Klubie Seniora ☐ osoba świadcząca usługi w Klubie Seniora – pracownik Realizatora									
		Obywatelstwo:	☐ obywatelstwo polskie ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju UE ☐ brak polskiego obywatelstwa – obywatel(ka) kraju spoza UE / osoba bezpaństwowa									
		Rodzaj uczestnika	☐ Indywidualny ☐ Pracownik lub przedstawiciel Instytucji /podmiotu									
		Imię										
		Nazwisko										
		Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
		PESEL:										
		Płeć:	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna									
		Wykształcenie:	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) ☐ policealne (wyższe niż średnie, ale nie wyższe) –(ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)									
II	Dane teleadresowe	Województwo:	zachodniopomorskie									
		Powiat:	Sławieński									
		Gmina:	Darłowo									
		Miejscowość:	Darłowo									
		Obszar wg stopnia urbanizacji DEGURBA :										



		Ulica, nr budynku/lokal::	
		Kod pocztowy :	
		Telefon kontaktowy¹:	
		Adres mailowy (DRUKOWANYMI):	
III	Szczegóły wsparcia	Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
		Data zakończenia udziału w projekcie: (Uzupełnia Realizator)	
		Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu ☐ OSOBA BEZROBOTNA w tym ☐ osoba długotrwale bezrobotna ☐ inne ☐ OSOBA BIERNA ZAWODOWO w tym: ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ osoba ucząca się /odbywające kształcenie ☐ inne (np. emeryt/rencista) ☐ OSOBA PRACUJĄCA, w tym : ☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ☐ osoba pracująca na uczelni ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ Inne	
IV	Status uczestnika projektu	OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	☐ TAK ☐ NIE
		OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	☐ TAK ☐ NIE

¹ Dane wymagane



		OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMOCJI
		OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ	☐ TAK ☐ NIE
		OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI	☐ TAK ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMOCJI
		OSOBA mieszkająca sama/wdowa/wdowiec	☐ TAK ☐ NIE
V	Specjalne Potrzeby	Jako Uczestnik/Uczestniczka zgłaszam potrzebę zapewnienia dostępności	☐ Dostosowania przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową ☐ Dostosowanie opieki podczas form wsparcia z uwagi na niepełnosprawność / stan zdrowia ☐ Zapewnienia specjalistycznych form materiałów, w tym materiałów przygotowanych łatwym językiem ☐ Zapewnienia systemu wspomagającego słyszenie ☐ Zapewnienia tłumacza języka migowego ☐ Zapewnienia tłumacza języka ukraińskiego ☐ Zapewnienia specjalnej diety przy poczęstunku, tym wykluczenia pokarmowe :..... ☐ inne:..... ☐ nie dotyczy

Świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych. **Oświadczam, iż jestem osobą w wieku 60 + wymagającą wsparcia w zakresie uczestnictwa w Klubie Seniora.**

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika /czki projektu

.....
czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego
małoletniego uczestnika projektu/osoby niesamodzielnej -
jeżeli dotyczy