



Załącznik 1 – FORMULARZ REKRUTACYJNY

FORMULARZ dla Uczestnika/czki projektu	
Tytuł Projektu	„Usługi społeczne na rzecz zintegrowanej społeczności powiatu sławieńskiego: Centrum opiekuńcze - usługi społeczne w Mieście Darłowo”
Nr Projektu	FEPZ.06.19-IP.01-0017/25
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 z usług opiekuńczych ☐ osoba świadcząca usługi opiekuńcze – pracownik Realizatora ☐ osoba- świadcząca sąsiedzkie usługi opiekuńcze
		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 ☐ 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 lecniczą ☐ 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

¹ Dane wymagane



		OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	☐ TAK ☐ NIE
		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 w tym ☐ stopień umiarkowany lub znaczny ☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMOCJI
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 zobowiązuje się do niezwłocznego informowania Biura Projektu o wszelkich zmianach ww. danych

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis uczestnika/czki projektu

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