

Data wpływu:

## KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

**Szanowni Państwo!**

Prosimy o czytelne wypełnienie **DRUKOWANYMI LITERAMI** lub wstawić „X” w białych, pustych polach.

DANE PROJEKTU	Tytuł projektu	Klub Seniora szansą na wsparcie usług społecznych i wzrost aktywnej integracji w gminie Mońki			
	Nr projektu	RPPD.09.01.00-IZ.00-20-002/20			
	Oś priorytetowa	IX. Rozwój Lokalny			
	Działanie	9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego			
	Priorytet inwestycyjny	9.6 Strategie rozwoju lokalnego kierowane przez społeczność			
	Miejsce organizacji	Gmina Mońki			
	Termin realizacji projektu	od 01.03.2021		do 31.12.2021	
DANE KANDYDATKI/ KANDYDATA	Nazwisko				
	Imię				
	PESEL				
			Wiek w chwili przystąpienia do projektu		
	Płeć	Kobieta		Mężczyzna	
	Poziom wykształcenia	Niższe niż podstawowe		Ponadgimnazjalne	
		Podstawowe		Policealne	
		Gimnazjalne		Wyższe	
	Adres zamieszkania				
	Ulica, nr domu, nr mieszkania				
	Kod/Miejscowość				
	Województwo		Gmina		
	Powiat				
Adres korespondencyjny					
Ulica, nr domu, nr mieszkania					
Kod/Miejscowość					
Dane kontaktowe					
Telefon kontaktowy		E-mail			



STATUS KANDYDATKI/KANDYDATA	
Jestem osobą:	
- zamieszkującą teren gminy Mońki	
- po 50 roku życia	
- bez aktywności zawodowej (emerytura/renta)	
- korzystającą ze świadczeń lub wsparcia Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej	
- posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (Orzeczenie w załączeniu)	
<p><b>Przesłanki zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym zgodnie Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;</li> <li>• osoby, o których mowa w art 1 ust 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym;</li> <li>• osoby przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej;</li> <li>• osoby z niepełnosprawnością - osoby niepełnosprawne 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.j, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr231, poz. 1375);</li> <li>• członkowie gospodarstw domowych sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością;</li> <li>• osoby niesamodzielne;</li> <li>• osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytocznym Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;</li> <li>• osoby odbywające kary pozbawienia wolności;</li> </ul>	
- zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu 1 przesłanki	
- zagrożoną ubóstwem lub wykluczeniem społecznym z tytułu więcej niż 1 przesłanki	



INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE STATUSU UCZESTNIKA/KI	TAK	NIE	ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osób z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba korzystająca ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osoba, która potrzebuje usług opiekuńczych i asystenckich*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* pierwszeństwo w dostępie do tych usług mają osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej

## OŚWIADCZENIE UCZESTNICZKI/UCZESTNIKA

**Oświadczam, że:**

- podane wyżej dane są zgodne z prawdą;
- zostałem/-am poinformowany o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą;
- zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji w projekcie i akceptuję jego treść;
- zostałem/-am poinformowany/a, że w/w projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Regionalnego 2014 – 2020;
- nie korzystam jednocześnie z takich samych form wsparcia w ramach projektów realizowanych w osiach głównych.

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis