**Załącznik nr 6**

do Regulaminu rekrutacji i

uczestnictwa w projekcie CUŚ dla powiatu bełchatowskiego

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | | | | | | | | | | | |
| 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 niesamodzielna\*** 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 Zelów | □ |
| miejsca krótkookresowego pobytu spełniające wymogi DDP w Zelowie | □ |

**\* 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