**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Projekt „Rozwój usług społecznych na terenie gminy Bierzwnik”**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Dane uczestnika | | | | |
| 1 | Nazwisko |  | | | | |
| 2 | Imię (Imiona) |  | | | | |
| 3 | Płeć (zaznaczyć x) | Kobieta □ | | | Mężczyzna □ | |
| 4 | PESEL |  |  | |  |  |
| 5 | Seria i nr dowodu osobistego |  |  | |  |  |
| 6 | Data i miejsce urodzenia |  |  | |  |  |
| 7 | Adres zamieszkania | Województwo Zachodniopomorskie | | | | |
| Miejscowość |  | | | | |
| Gmina |  | | | | |
| Powiat |  | | | | |
| Ulica |  | | | Nr domu |  |
| Kod pocztowy |  | | | Nr lokalu |  |
| 8 | Adres e-mail |  | | | | |
| Telefon |  | | | | |
| 9 | Wykształcenie | Niższe niż podstawowe | | | | □ |
| Podstawowe | | | | □ |
| Gimnazjalne | | | | □ |
| Ponadgimnazjalne | | | | □ |
| Policealne | | | | □ |
| Wyższe | | | | □ |
| 10 | Niepełnosprawność  (dane wrażliwe) | NIE | | | | □ |
| TAK | | Lekki | | □ |
| Umiarkowany | | □ |
| Znaczny | | □ |
| 11 | Niepełnosprawność członka rodziny | TAK | | | | □ |
| NIE | | | | □ |
| 12 | Korzystanie z PO PŻ | TAK | | | | □ |
| NIE | | | | □ |
| 13 | Osoba pozostająca bez pracy | TAK | | | | □ |
| NIE | | | | □ |
| 14 | Korzystanie ze świadczeń Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bierzwniku | TAK | | | | □ |
| NIE | | | | □ |
| Jeśli tak to z jakich przesłanek: | | | | |
| Ubóstwo | | | | □ |
| Sieroctwo | | | | □ |
| Bezdomność | | | | □ |
| Bezrobocie | | | | □ |
| Niepełnosprawność | | | | □ |
| Długotrwała lub ciężka choroba | | | | □ |
| Przemoc w rodzinie | | | | □ |
| Potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi | | | |  |
| Potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności | | | | □ |
| Bezradność w sprawach opiekuńczo – wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych | | | | □ |
| Trudności w integracji cudzoziemców | | | | □ |
|  | Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego | | | | □ |
| Alkoholizmu lub narkomanii | | | | □ |
| Zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej | | | | □ |
| 17. | Zgoda i oświadczenie | | | | | |
| Samodzielnie i z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie „Rozwój usług społecznych na terenie gminy Bierzwnik” i wyrażam zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym | | | | | |
|  | Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Regulaminu projektu, zasadami rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój usług społecznych na terenie gminy Bierzwnik” nr RPZP.07.06.00-32-K011/20-00 i akceptuję jego warunki | | | | | |
|  | Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza nie jest jednoznaczne z przyjęciem do projektu „Rozwój usług społecznych na terenie gminy Bierzwnik” | | | | | |
|  | Deklaruję uczestnictwo w całym cyklu wsparcia, tj. we wszystkich zadaniach, które zostaną dla mnie przewidziane w ramach projektu, równocześnie zobowiązuję się, że w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Kierownika Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Bierzwniku | | | | | |
|  | Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Organizatora Projektu o zmianie danych zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym | | | | | |
|  | Wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, prowadzonych przez Organizatora Projektu oraz podmioty zewnętrzne na zlecenie Instytucji Zarządzającej | | | | | |
|  | Przetwarzanie moich danych osobowych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. C oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – dane osobowe są niezbędne do procesu rekrutacji | | | | | |
|  | Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych | | | | | |
|  | Zostałem/am poinformowany, iż w przypadku nieuzasadnionej rezygnacji z udziału w projekcie Organizator może domagać się całości zwrotu kosztów mojego uczestnictwa w projekcie. | | | | | |
|  | Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt „Rozwój usług społecznych na terenie gminy Bierzwnik” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego, Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa VII. Włączenie społeczne, Działanie 7.6. Wsparcie rozwoju usług społecznych świadczonych w interesie ogólnym | | | | | |
|  | Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą | | | | | |

**……………………………………… ……………….…………………………….**

Data Czytelny podpis kandydata