

**Formularz rekrutacyjny
dla opiekunów faktycznych
do projektu „DOM- samodzielności dla osób z niepełnosprawnością w
Wielkopolsce”**

dofinansowany w ramach Wielkopolskiego Regionalnego
Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 (WRPO 2014+)

Wypełnienie formularza nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

Ten dokument to potwierdzenie chęci uczestnictwa w w/w projekcie.

Przy wybranej odpowiedzi należy postawić krzyżyk.

I DANE OSOBOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO:

1. Imię i nazwisko

2. Płeć

Kobieta

Mężczyzna

3. Wiek w chwili przystąpienia do projektu.....

4. Data i miejsce ur. PESEL

5. Wykształcenie

niższe niż podstawowe

ponadgimnazjalne

podstawowe

policealne

gimnazjalne

wyższe

6. Status osoby na rynku pracy

osoba bierna zawodowo

osoba długotrwale bezrobotna

osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy

osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy

osoba pracująca: wykonywany zawód

miejsce pracy

status przedsiębiorstwa

7. Dane teleadresowe:

a) Województwo.....

b) Powiat

c) Gmina

d) Ulica lub miejscowość/numer domu

e) Kod pocztowy

f) Telefon

g) Adres email

II DANE OSOBOWE DZIECKA/PODOPIECZNEGO:

1. Imię i nazwisko
2. Płeć
 Kobieta Mężczyzna
3. Wiek w chwili przystąpienia do projektu.....
4. Data i miejsce ur. PESEL
5. Wykształcenie
 niższe niż podstawowe policealne
 podstawowe wyższe
 gimnazjalne
 ponadgimnazjalne
6. Status osoby na rynku pracy (dotyczy osób powyżej 16 r.ż)
 osoba bierna zawodowo
 osoba długotrwale bezrobotna
 osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
 osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy
 osoba pracująca: wykonywany zawód
miejsce pracy
status przedsiębiorstwa
7. Dane teleadresowe:
 - a) Województwo.....
 - b) Powiat
 - c) Gmina
 - d) Ulica lub miejscowość/numer domu
 - e) Kod pocztowy
 - f) Telefon
 - g) Adres email

III PREFEROWANA FORMA WSPARCIA WYTCHNIENIOWEGO

W ramach projektu w jestem zainteresowany/a wsparciem wytchnieniowym:

- Krótkoterminowe pobyty dzienne
(zajęcia świetlicowe dla
podopiecznego)
- Mieszkania wytchnieniowe dla
podopiecznego
- Indywidualne i grupowe warsztaty
- Udział w kursie pierwszej pomocy
- Poradnictwo specjalistyczne

DLACZEGO CHCESZ WZIĄĆ UDZIAŁ W PROJEKCIE?

(pole konieczne do wypełnienia)



.....
.....
.....

IV CZY DOCHÓD MIESIĘCZNY W TWOJEJ RODZINIE (WSPÓLNE GOSPODARSTWO DOMOWE) NA JEDNEGO CZŁONKA PRZEKRACZA 150% KRYTERIUM DOCHODOWEGO?(OD 1.10.2018 528ZŁ NETTO)

- TAK
 NIE

JESTEM OSOBA

	tak	nie	Odmawiam udzielenia informacji
należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia			
bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań			
z niepełnosprawnościami			
żyjącą w innej niekorzystnej sytuacji			

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis uczestnika/czki projektu)

V OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że jestem członkiem rodziny/opiekunem osoby z niepełnosprawnością, która posiada:

- orzeczenie o niepełnosprawności (dot. dzieci)
- orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności/ orzeczenie równoważne (dot. osób powyżej 16 r.ż.)

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis uczestnika/czki projektu)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ramach Fundacji im. Doktora Piotra Janaszka **PODAJ DALEJ**

.....
(podpis uczestnika/czki projektu)

.....
(miejscowość i data)

