*Załącznik Nr 1 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie „Kompleksowe usługi opiekuńcze dla osób starszych w Elblagu”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**PROJEKT „Kompleksowe usługi opiekuńcze**

**dla osób starszych w Elblągu”**

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu: ………………………………………………………………………………

PESEL: ………………………………………………………

1. Płeć  Kobieta (2pkt)  Mężczyzna (1pkt)

2/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zamieszkałą na terenie miasta Elbląga ?

Tak  Nie

3/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą rekomendowaną przez Ośrodek Pomocy Społecznej do uczestnictwa w projekcie? - 1 pkt

Tak  Nie

4/ Czy Uczestnik/Uczestniczka ma powyżej 60 lat? – 1-3pkt

Tak  Nie

5/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym?

Tak  Nie

6/ ***Z jakiego powodu Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym*** *(osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ust. z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające przynajmniej jedną z przesłanek określ. w art.7 ust. z 12.03.2004 o pomocy społecznej- Dz.U.2018r.poz.1508 ze zm.), w tym osoby bezrobotne, które zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy znajdują się w III grupie osób (tzw. oddalonych do rynku pracy)?* - 1 pkt za każde wskazanie

* ubóstwa;
* sieroctwa;
* bezdomności;
* bezrobocia;
* niepełnosprawności;
* długotrwałej lub ciężkiej choroby;
* przemocy w rodzinie;
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
* trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
* alkoholizmu lub narkomanii;
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
* klęski żywiołowej lub ekologicznej.

7) Czy Uczestnik/Uczestniczka prowadzi samotne gospodarstwo domowe? ( 1pkt)

 Tak  Nie

8/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

 Tak  Nie

Z jakiego powodu?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

9/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą niepełnosprawną, w tym o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi? – 1-2 pkt

Tak  Nie ze sprzężonymi (1 pkt) Tak  Nie

9/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą korzystającą z PO Pomoc Żywnościowa? – 1 pkt

 Tak  Nie

10) Stopień motywacji do podjęcia aktywności społecznej (proszę zaznaczyć na skali wybrany przez siebie stopień ) – 0-5 pkt

0\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1\_\_\_\_\_\_\_\_\_2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_3\_\_\_\_\_\_\_\_\_4\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_5

**ZAŁĄCZNIKI:**

**DO FORMULARZA NALEŻY DOŁĄCZYĆ DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UCZESTNIKA DO PROJEKTU, TJ. ZAŚWIADCZENIE Z URZEDU PRACY/WYDRUK Z SEPII, POTWIERDZENIE PROFILU UCZESTNIKA, ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – JEŚLI DOTYCZY.**

* …….………………………………………………

Data i podpis Uczestnika/Uczestniczki