

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY
do projektu pn. „Rodzina razem”
(nr projektu RPWM.11.02.03-28-0029/17)

Lp.	Nazwa	Dane uczestnika		
1.	Imię (imiona)			
2.	Nazwisko			
3.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
4.	PESEL			
5.	Wykształcenie (zaznaczyć X)	Niższe niż podstawowe	<input type="checkbox"/>	
		Podstawowe	<input type="checkbox"/>	
		Gimnazjalne	<input type="checkbox"/>	
		Ponadgimnazjalne	<input type="checkbox"/>	
		Policealne	<input type="checkbox"/>	
		Wyższe	<input type="checkbox"/>	
6.	Województwo	warmińsko-mazurskie		
7.	Powiat (zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> Miasto Elbląg <input type="checkbox"/> Powiat elbląski		
8.	Gmina			
9.	Miejscowość		Kod pocztowy	
10.	Ulica		Nr domu / Nr lokalu	
11.	Miasto/Wieś (zaznaczyć X)	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś		
12.	Telefon kontaktowy		E-mail	
13.	Powód zgłoszenia (zaznaczyć X jeśli dotyczy)	Jestem opiekunem prawnym dziecka w wieku 5-10 lat	<input type="checkbox"/>	
		Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w urzędzie pracy	<input type="checkbox"/>	
		Jestem osobą bierną zawodowo	<input type="checkbox"/>	
		Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>	
		Jestem osobą niepełnosprawną , Stopień:	<input type="checkbox"/>	
		Korzystam z programu żywnościowego (PO PŻ)	<input type="checkbox"/>	
		Korzystam z pomocy społecznej Od kiedy?	<input type="checkbox"/>	

Wyrażam chęć uczestniczenia w projekcie „Rodzina razem” (nr projektu RPWM.11.02.03-28-0029/17).

Przyjmuję do wiadomości, że złożenie formularza **nie jest jednoznaczne z przyjęciem** do Projektu.

Po zakwalifikowaniu, zobowiązuję się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w formularzu.

Świadoma/y odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań, oświadczam, że wszystkie dane zawarte w Karcie zgłoszeniowej są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych przez realizatora projektu – Regionalne Centrum Wolontariatu w Elblągu, (zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych – Dz. U. z 1997 r. nr 133 poz.883 z późn. zm.).

.....

Data

.....

Czytelny podpis kandydata

WERYFIKACJA SPEŁNIENIA KRYTERIÓW (WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA)		
Część I. KRYTERIA DOSTĘPU		
Miejsce zamieszkania na obszarze Miasta Elbląg lub Gminy Elbląg	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Rodzic/Opiekun prawny dziecka w wieku 5-10 lat	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
Zagrożenie wykluczeniem społecznym z przynajmniej 1 powodu	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
OSOBA SPEŁNIA KRYTERIA DOSTĘPU:	<input type="checkbox"/> tak (wypełnić część II) <input type="checkbox"/> nie (odrzuć formularz)	
CZĘŚĆ II. KRYTERIA PIERWSZEŃSTWA		
Płeć:	mężczyzna	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	kobieta	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Status na rynku pracy	Osoba bezrobotna poniżej 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	Osoba bezrobotna powyżej 12 miesięcy	<input type="checkbox"/> 2 pkt.
Osoba niepełnosprawna		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba o znacznym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi.		<input type="checkbox"/> 2 pkt.
Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii		
Powód zagrożenia wykluczeniem społecznym	ubóstwo	<input type="checkbox"/> 2 pkt.
	sieroctwo	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	ubóstwo lub wykluczenie społeczne w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	bezdomność	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	długotrwała lub ciężka choroba	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	przemoc w rodzinie	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	bezzadność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	alkoholizm lub narkomania	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
	kłęska żywiołowa lub ekologiczna	<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba korzystająca z pomocy żywnościowej (PO PŻ)		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Rodzina z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba niesamodzielna		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		<input type="checkbox"/> 1 pkt.
SUMA:		

.....
Data

.....
Podpis

ROZPOCZĘCIE UDZIAŁU W PROJEKCIE - WYPEŁNIA PRACOWNIK PROJEKTU			
1.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie		
2.	Data zakończenia udziału w projekcie		
3.	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>
		W tym	<input type="checkbox"/>
		Długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/>
		Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/>
		Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/>
4.	Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu		
5.	Rodzaj przyznanego wsparcia		
6.	Zakończenie udziału w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niego ścieżką uczestnictwa	Tak	<input type="checkbox"/>
		Nie	<input type="checkbox"/>
7.	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie (wskazać 2)*	Osoba podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek	<input type="checkbox"/>
		Osoba poszukująca pracy	<input type="checkbox"/>
		Osoba podjęła kształcenie lub szkolenie	<input type="checkbox"/>
		Osoba uzyskała kwalifikacje/ osoba nabyła kompetencje	<input type="checkbox"/>
		Osoba nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie	<input type="checkbox"/>
		Inne:	<input type="checkbox"/>

*Sytuacja osoby... - uzupełnić do 4 tyg. po zakończeniu udziału w projekcie.

.....
Data

.....
Podpis