

Projekt pt. „Utworzenie i funkcjonowanie Środowiskowego Domu Samopomocy w Żalinowie’’ złożonego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 Europejskiego Funduszu Społecznego. Oś Priorytetowa 9 Solidarne Społeczeństwo, Działanie 9.3.Rozwój usług zdrowotnych i społecznych, Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych.

Inowrocław, dnia………………………….

**Formularz rekrutacyjny:**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………

Data urodzenia: ………………………………………………………………..………….

Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………

Telefon: …………………………………………………………………………………....

1. Mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa   
   z dnia 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej (rozporządzenie rady ministrów z dnia 14 lipca 2015 r. w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej):

tak/nie dotyczy

Jeśli tak, zaznacz:

* dla osoby samotnie gospodarującej – w wysokości 701,00 zł + 50%= **1051,00 zł**
* dla osoby w rodzinie – w wysokości 528,00 zł + 50% **= 792,00 zł ;**

pkt……

1. Jestem osobą, lub moja rodzina zagrożona jest ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczającą wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w roz. 3.pkt 13 wyt. w zakresie realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społ. i zwalczania ubóstwa i/lub.; osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

tak/nie

pkt……

3. Osoba z rodzin lub środowisk zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w związku z   
 rewitalizacją obszarów zdegradowanych.

tak/nie

pkt.…..

1. Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i/lub   
   z niepełnosprawnością sprzężoną oraz z zaburzeniami psychicznymi i, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i/lub z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi i/lub

tak/nie

pkt……

1. Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (PO PŻ), a zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzyma z PO PŻ w ramach działań towarzyszących.

tak/nie

pkt……

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie   
z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), publ. Dz. U. UE L Nr 119, s. 1 w celach - zadań określonych ustawą z dnia 12 marca 2004r.o pomocy społecznej, zadań z zakresu pomocy społecznej, zleconych Ośrodkowi przez podmioty uprawnione na podstawie odrębnych przepisów prawa ,zadań określonych prawem realizowanych dla dobra publicznego

…………………………………………………………….

( czytelny podpis osoby zainteresowanej lub opiekuna prawnego)

Łączna liczba przyznanych pkt.

…………………………………….

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko- Pomorskiego