**Załącznik 10**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**dla opiekunki**

**Projekt. „*Wzrost dostępności usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania oraz w formie Klubu Seniora na terenie Gminy Bytoń*”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| Płeć | 🞐 Kobieta 🞐 Mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | |
| Wiek |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Wykształcenie | 🞐 niższe niż podstawowe 🞐 ponadgimnazjalne  🞐 podstawowe 🞐 policealne  🞐 gimnazjalne 🞐 wyższe | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu |  | | | | | Nr lokalu | | |  | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | Poczta | | |  | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Osoba zamieszkująca na terenie Gminy Bytoń | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Osoba zagrożona ubóstwem i wykluczeniem społecznym | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | 🞐 Odmowa podania informacji | | | | |
| Osoba niesamodzielna | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | 🞐 Odmowa podania informacji | | | | |
| Osoba której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Osoba samotnie prowadząca gospodarstwo domowe | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Osoba zamieszkująca na obszarach zdegradowanych na terenie Gminy Bytoń | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Osoba lub rodzina korzystające ze wsparcia w ramach PO PŻ | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | 🞐 Odmowa podania informacji | | | | |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia. | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | 🞐 Odmowa podania informacji | | | | |

……………………………… …………………………………………………………

(Miejscowość, data) (Czytelny podpis)

Niniejsze oświadczenie kandydat składa pouczony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego - Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznając nieprawdę lub zatajając prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

……………………………………….

czytelny podpis uczestnika

Do formularza rekrutacyjnego należy załączyć :

1. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych - stanowiące załącznik nr 1
2. Oświadczenie o posiadaniu odpowiednich kwalifikacji do realizacji usług opiekuńczych - załącznik nr 9