

## CUŚ dla powiatu bełchatowskiego

PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO  
W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO NA LATA 2014-2020

### Załącznik nr 6

do Regulaminu rekrutacji  
uczestnictwa w Projekcie „CUŚ  
dla powiatu bełchatowskiego”

## ANKIETA REKRUTACYJNA

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA (proszę wypełnić drukowanymi literami)										
Imię										
Nazwisko										
Płeć (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
Wiek w chwili przystąpienia do projektu										
PESEL										
Wykształcenie (zaznaczyć x)	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe					<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne				
	<input type="checkbox"/> Podstawowe					<input type="checkbox"/> Policealne				
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne					<input type="checkbox"/> Wyższe				
DANE KONTAKTOWE										
Województwo										
Powiat										
Gmina										
Miejscowość										
Kod pocztowy										
Ulica										
Numer domu / lokalu										
Telefon stacjonarny										
Telefon komórkowy										
E-mail										



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ  
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260,  
e-mail: biuro@przystań.belchatow.pl

**STATUS UCZESTNIKA**

Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu

<b>Osoba pracująca – jeżeli dotyczy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>osoba pracująca w administracji rządowej</li></ul>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"><li>osoba pracująca w administracji samorządowej</li></ul>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"><li>osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li></ul>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"><li>osoba pracująca w MMŚP</li></ul>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"><li>osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li></ul>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"><li>osoba prowadząca działalność na własny rachunek</li></ul>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<ul style="list-style-type: none"><li>inne</li></ul>	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
<b>Zawód wykonywany – jeżeli dotyczy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
<b>Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
<b>Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy – jeżeli dotyczy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>
<b>Osoba bierna zawodowo – jeżeli dotyczy</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tak</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nie</b>

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu			
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
<b>Posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego w obowiązującym systemie orzecznictwa – jeżeli dotyczy:</b>			
<input type="checkbox"/> Brak	<input type="checkbox"/> Na stałe	<input type="checkbox"/> Okresowe do dnia: .....	
<b>Posiadanie stopnia niepełnosprawności w stopniu:</b>			
<input type="checkbox"/> Znacznym (I grupa)	<input type="checkbox"/> Znacznym (I grupa)	<input type="checkbox"/> Umiarkowanym ( II grupa)	
<b>Osoba niesamodzielna*</b> wymagająca opieki ze względu na stan zdrowia czy wiek.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Korzystam lub korzystałem/łam z usług społecznych oraz wsparcia instytucjonalnego	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społecznym doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego (np.: ubóstwo, sieroctwo, bezdomność, bezrobocie, niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, przemoc w rodzinie itp.)	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	

\*Osoba niesamodzielną to osoba, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.(tj. 1. odżywianie i wydalanie, 2. poruszanie się, komunikowanie, zapewnienie bezpieczeństwa, 3. higiena ciała, ubrania 4. zaopatrzenie i prowadzenie gospodarstwa domowego).

<b>PROPOZYCJA USŁUG REALIZOWANYCH W CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH*</b>	
Miejsce krótkookresowego pobytu spełniające wymogi DDP w Bełchatowie „Dom Przystań „	<input type="checkbox"/>
Świetlica środowiskowa Przystań w Bełchatowie	<input type="checkbox"/>
Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Rusiec	<input type="checkbox"/>
Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej Bełchatów	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Bełchatów	<input type="checkbox"/>
Świetlica środowiskowa Promyk w Bełchatowie	<input type="checkbox"/>
Świetlica socjoterapeutyczna STER w Bełchatowie	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania Zelów	<input type="checkbox"/>
Klub Seniora w Zalesiu	<input type="checkbox"/>

**\* poszczególne usługi wymienione powyżej będą realizowane zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie w którym zostaną przypisane do poszczególnych grup docelowych**

<b>OŚWIADCZENIA</b>
Przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie niniejszej ankiety nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie CUŚ dla powiatu bełchatowskiego
Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w tej ankiecie są zgodne z prawdą.
Zostałem/łam poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020
Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych, w tym wrażliwych, na potrzeby rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji przez instytucje i osoby obsługujące i przekazujące dane osobowe, zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2019 r. poz. 1781) oraz na podstawie art. 6 ust. 1 pkt. a i art. 9 ust.2 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 – RODO.

.....  
miejsceowość i data

.....  
czytelny podpis kandydatki/kandydata

.....  
w przypadku osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej  
ankietę podpisuje opiekun