Formularz rekrutacyjny do Projektu
„Rodzina w Centrum”

Nr umowy: UDA-FESL.07.07-IZ.01-0A98/24-00

(proszę wypełnić <u>drukowanymi</u> literami, właściwą odpowiedz zaznacz poprzez wstawienie x)

IMIĘ I NAZWISKO											
PESEL											
PŁEĆ	**KOBIETA**		**MĘŻCZYZNA**		**WIEK** (w chwili przystąpienia do projektu)						
ADRES ZAMIESZKANIA											
TELEFON			**E-MAIL**								
WYKSZTAŁCENIE	**Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)** (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)										
	Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)										
	Wyższe (ISCED 5–8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)										

STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	Osoba bezrobotna ZAREJESTROWANA w PUP (pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia)	
	Osoba bezrobotna NIEZAREJESTROWANA w PUP (pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia)	
	Osoba długotrwale bezrobotna ZAREJESTROWANA W PUP (osoby < 25 lat – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, osoby 25lat i więcej – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)	
	Osoba długotrwale bezrobotna NIE ZAREJESTROWANA W PUP (osoby < 25 lat – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 m-cy, osoby 25 lat i więcej – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 12 m-cy)	
	Osoba bierna zawodowo (osoba nie pracująca i nie bezrobotna, nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu)	
	Osoba bierna zawodowo ucząca się (osoba nie pracująca i nie bezrobotna, osoba ucząca się)	
	Osoba pracująca	
OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ PROJEKTU „RODZINA W CENTRUM”	Jestem rodziną zastępczą zawodową	
	Jestem rodziną zastępczą niezawodową	
	Jestem rodziną zastępczą spokrewnioną	
	Jestem rodziną zastępczą spokrewnioną	
	Jestem osobą prowadzącą rodzinny dom dziecka	
	Jestem osobą prowadzącą placówkę opiekuńczo-wychowawczą typu rodzinnego	
	Jestem wychowanką / wychowankiem rodzinnej pieczy zastępczej	

	Jestem wychowankiem usamodzielniającym się (opuszczającym pieczę zastępczą)	

INNE DANE W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba obcego pochodzenia (tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów)	**TAK**	**NIE**
Osoba państwa trzeciego (tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec)	**TAK**	**NIE**
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie)	**TAK**	**NIE**
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	**TAK**	**NIE**
Osoba z niepełnosprawnościami	**TAK**	**NIE**
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	**TAK**	**NIE**

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE (ZAZNACZYĆ JEŚLI DOTYCZY)	
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	
Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną	
Osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	
Osoby korzystające z programu FE PŻ (Pomoc Żywnościowa)	

Osoby z orzeczeniem o potrzebie kształcenia specjalnego	
Wielodzietność	
SPECJALNE POTRZEBY	
Czy występuje potrzeba wsparcia w zakresie szczególnych potrzeb (np. tłumacz PJM, większa czcionka w materiałach informacyjnych, itp.) ☐ **TAK**, w zakresie: …….. …… ☐ **NIE**	

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacjami o przetwarzaniu danych osobowych przez:

1) podmiot realizujący projekt, tj. **Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wodzisławiu Śląskim,**
2) Zarząd Województwa Śląskiego pełniącego rolę „Instytucji Zarządzającej Programem Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027".

…… **……**

Miejscowość i data **Czytelny podpis**

Pieczęć i podpis pracownika przyjmującego zgłoszenie: ……