

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**  
**do udziału w projekcie**  
**„Zmieniaj siebie – bądź aktywny”**

realizowanego przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej z siedzibą w Warszawie przy ul. Żurawiej 43, 00-680 Warszawa oraz Gminę Miejską Hajnówka z siedzibą w Hajnówce przy ul. A. Zina 1, 17-200 Hajnówka w imieniu której działa Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Hajnówce przy ul. 11 Listopada 24, 17-200 Hajnówka w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Działanie 7.1 Rozwój działań aktywnej integracji.

*PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI (w polach wyboru proszę wstawić X)*

PODSTAWOWE DANE OSOBY				
<b>Imię ( Imiona)</b>		<b>Nazwisko</b>		
<b>Data urodzenia</b>		<b>Miejsce urodzenia</b>		
<b>PESEL</b>		<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	
<b>Wiek</b>			<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
<b>Wykształcenie</b> (proszę zaznaczyć najwyższy posiadany poziom wykształcenia)	<input type="checkbox"/> niepełne podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (zasadnicza szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (technikum, technikum uzupełniające, liceum ogólnokształcące, liceum profilowane, uzupełniające liceum ogólnokształcące) <input type="checkbox"/> szkoła policealna <input type="checkbox"/> studia wyższe (zawodowe, magisterskie)			
Status				
(w każdym wierszu proszę zaznaczyć odpowiedź „tak” lub „nie”)				
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<b>Tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<b>Tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
Osoba z niepełnosprawnościami	<b>Tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<b>Tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<b>Tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<b>Tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>



Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)		<b>Tak</b>	<input type="checkbox"/>	<b>Nie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>ADRES ZAMIESZKANIA /DANE KONTAKTOWE</b>					
(Zgodnie z treścią art. 25 Kodeksu Cywilnego - miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu)					
<b>Miejscowość</b>		<b>Ulica/Nr domu/nr lokalu</b>			
<b>Kod pocztowy</b>					
<b>Województwo</b>		<b>Poczta</b>			
<b>Gmina</b>		<b>Powiat</b>			
<b>Telefon stacjonarny</b>		<b>Telefon komórkowy</b>			
<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>					
<b>Niniejszym oświadczam, że jestem:</b> (proszę zaznaczyć tylko właściwe wiersze)					
osobą (również członkiem rodziny) korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 930 z późn. zm.) lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2016 r., poz. 930 z późn. zm.)			<input type="checkbox"/>		
osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (Dz. U. z 2016 r., poz. 1828 j.t.)			<input type="checkbox"/>		
osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub opuszczającą pieczę zastępczą oraz rodziny przeżywające trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej (Dz. U. z 2016 r., poz. 575 z późn. zm.)			<input type="checkbox"/>		
osobą przebywającą w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. z 2015 r., poz. 2156 z późn. zm.)			<input type="checkbox"/>		
osobą z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 546 z późn. zm.)			<input type="checkbox"/>		
członkiem rodziny 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"/>		



osobą zakwalifikowaną do III profilu pomocy, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2016 r., poz. 645 z późn. zm.)	<input type="checkbox"/>
osobą niesamodzielną	<input type="checkbox"/>
osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytucznych Ministra Infrastruktury i Rozwoju w zakresie monitorowania postępu rzeczowego i realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020	<input type="checkbox"/>
osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	<input type="checkbox"/>

**Proszę krótko uzasadnić podjęcie decyzji o uczestnictwie w Projekcie**  
(maksymalnie 3 zdania)

### OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, świadoma/y odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach rekrutacyjnych przez Fundację Rozwoju Demokracji Lokalnej oraz Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Hajnówce, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r., poz. 922 j.t.)

Oświadczam, że zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zmieniaj siebie – bądź aktywny” i spełniam wszystkie warunki uczestnictwa w nim określone

Miejscowość	
Data	
Czytelny podpis kandydata	