

Projekt
„Centrum Usług Środowiskowych - Almach”

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY

OPIEKUN FAKTYCZNY

| Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz: | |
|---------------------------------------------------------------|--|
| Data przyjęcia formularza: | |
| Podpis osoby przyjmującej formularz: | |

Uwaga! Prosimy o wypełnienie formularza pismem drukowanym, uzupełnienie wszystkich punktów formularza oraz o parafowanie każdej ze stron.

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nazwa Programu Operacyjnego | Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020 |
| Nazwa i numer Priorytetu, Działania i Poddziałania w ramach Programu Operacyjnego | Oś priorytetowa IX Solidarne społeczeństwo Działanie 9.3 Rozwoju usług zdrowotnych i społecznych Poddziałanie 9.3.2 Rozwój usług społecznych |
| Źródło Finansowania | Europejski Fundusz Społeczny |
| Nazwa Beneficjenta | Opieka Domowa Almach |
| Numer projektu | RPKP.09.03.02-04-0015/18 |

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Nazwisko i imiona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Data urodzenia |/ / (dd/mm/rrrr) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Płeć | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Adres zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/nr lokalu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Adres do korespondencji (wpisać jeżeli inny niż zamieszkania) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica, nr domu/nr lokalu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod pocztowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Nr telefonu domowego (lub BRAK) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Nr telefonu komórkowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Adres e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. PESEL | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Wykształcenie | <input type="checkbox"/> Wyższe <input type="checkbox"/> Pomaturalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (zawodowe/średnie) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Brak | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Status zawodowy kandydata (proszę zaznaczyć właściwą odp.): | <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna <input type="checkbox"/> Osoba pracująca - wykonywany zawód:..... - zatrudniony w (miejsce zatrudnienia):..... <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

13. Dane wrażliwe (proszę zaznaczyć właściwą odp.):

- osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
- osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
- osoba z niepełnosprawnościami
- osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej

CZĘŚĆ II – WYWIAD

Pisemne uzasadnienie potrzeby wsparcia
(wypełnia Almach w formie wywiadu)

CZĘŚĆ III – OŚWIDCZENIA

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Oświadczam, że jestem osobą zamieszkującą, pracującą, uczącą się na terenie gminy Osielsko, gminy Dobrcz, Koronowa | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Oświadczam, że pełnię funkcję Opiekuna Faktycznego uczestnika projektu „Centrum Usług Środowiskowych - Almach” | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

CZĘŚĆ IV - RODZAJ WSPARCIA

| | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| Proszę zaznaczyć rodzaj wsparcia, o które ubiega się kandydat: | <input type="checkbox"/> doradztwo w zakresie opieki dla opiekunów faktycznych |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|

Deklaruję uczestnictwo w projekcie „**Centrum Usług Środowiskowych - Almach**”, realizowanym przez Opieka Domowa Almach w ramach PROJEKTU REALIZOWANEGO Z EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO-POMORSKIEGO NA LATA 2014-2020.

Upierzony/a o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwych danych lub zatajenie prawdy, oświadczam, że wszystkie informacje podane w kwestionariuszu rekrutacyjnym są prawdziwe.

Bydgoszcz, dnia _____

_____ Podpis Uczestnika/ Uczestniczki