

Projekt pn. „Powiat Sokółski wspiera aktywną integrację” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Załącznik nr 1 do Regulaminu

FORMULARZ REKRUTACYJNY

NR

| | | |
|--|---|---|
| Dane uczestnika | Imię | |
| | Nazwisko | |
| | PESEL | |
| | Płeć | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna |
| | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |
| | Wykształcenie: | <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> pomaturalne <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> wyższe |
| Dane kontaktowe | Województwo | |
| | Powiat | |
| | Gmina | |
| | Miejscowość | |
| | Ulica | |
| | Nr budynku/lokalu | |
| | Kod pocztowy | |
| | Obszar | <input type="checkbox"/> wiejski <input type="checkbox"/> miejski |
| | Telefon kontaktowy | |
| | Adres e-mail | |
| Zamieszkuję na terenie gminy: Sokółka, Kuźnica, Krynki, Szudziałowo lub Sidra | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Należę do grupy docelowej osób: zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w tym osób bezrobotnych, lub poszukujących pracy, osób nieaktywnych zawodowo, osób z niepełnosprawnością, | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Korzystam ze wsparcia PCPR w Sokółce, m.in. osoba przebywająca w pieczy zastępczej, korzystająca ze środków PFRON | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Jestem podopiecznym Stowarzyszenia na Rzecz Wspierania Osób Niepełnosprawnych „Pod Skrzydłami” w Sokółce – osoba niepełnosprawna | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| Korzystam ze wsparcia Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa | | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |

Projekt pn. „Powiat Sokółski wspiera aktywną integrację” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

| | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |
| | Osoba z niepełnosprawnościami | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |

Przyczyny deklaracji uczestnictwa w projekcie:

a) Uzasadnienie wyboru:

b) Oczekiwania Pana/Pani po ukończeniu uczestnictwa w projekcie:

c) Specjalne potrzeby uczestnika projektu:

Oświadczenie Beneficjenta ostatecznego:

a) „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”

b) „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Sokółce we współpracy ze Powiatem Sokółskim i Stowarzyszeniem na Rzecz Wspierania Osób Niepełnosprawnych „Pod Skrzydłami” w Sokółce,

c) „Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” i akceptuję jego warunki,

d) „Deklaruję uczestnictwo zgodnie z indywidualną ścieżką reintegracji i kontraktem socjalnym.

e) Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu „Powiat Sokółski wspiera aktywną integrację” ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,

f) Jestem świadomy/a, że złożenie formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

Sokółka dnia.....

.....

(czytelny podpis uczestnika)¹

¹ W przypadku osoby małoletniej formularz rekrutacyjny powinien zostać podpisany przez jej opiekun