

ANKIETA REKRUTACYJNA

Projekt „Centrum Usług Społecznych w Powiecie Sieradzkim” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

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	





STATUS UCZESTNIKA

Posiadanie aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego w obowiązującym systemie orzecznictwa:

Brak

Na stałe

Okresowe do dnia:

Posiadanie stopnia niepełnosprawności w stopniu:

Znacznym (I grupa)

Umiarkowanym (II grupa)

Lekkim (III grupa)

Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności **lub** osoba z niepełnosprawnością sprzężoną **lub** z zaburzeniami psychicznymi w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną **lub** osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi

Tak

Nie

Osoba ubezwłasnowolniona

Tak

Nie

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia

Tak

Nie

Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań

Tak

Nie

Osoba z niepełnosprawnościami

Tak

Nie

Osoba niesamodzielna* wymagająca opieki ze względu na stan zdrowia czy wiek.

Tak

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).





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	
Średni dochód netto* na osobę w rodzinie			

***za dochód netto przyjmuje się sumę przychodów z miesiąca poprzedzającego złożenie ankiety rekrutacyjnej pomniejszoną o kwotę: podatku, składek na ubezpieczenie zdrowotne, składek na ubezpieczenia społeczne oraz o kwotę płaconych alimentów na rzecz innych osób. W przypadku utraty dochodu pod uwagę bierze się przychody pomniejszone o w/w elementy z miesiąca, w którym składa się ankietę rekrutacyjną.**



SYTUACJA NA RYNKU PRACY

* proszę zaznaczyć jedna z możliwości

1. Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
-osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
2. Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
-osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
3. Osoba bierna zawodowo w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba ucząca się	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- inne (jakie?) :	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
4. Osoba pracująca w tym:	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- rolnik	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- samozatrudniony	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba pracująca w administracji publicznej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba pracująca w organizacji pozarządowej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
- osoba pracująca w przedsiębiorstwie:	<input type="checkbox"/> mikro <input type="checkbox"/> małym	<input type="checkbox"/> średnim <input type="checkbox"/> dużym





PROPOZYCJA USŁUG REALIZOWANYCH W CENTRUM USŁUG SPOŁECZNYCH*

Krótkookresowy całodobowy pobyt wytechnieniowy w placówce stacjonarnej	<input type="checkbox"/>
Asystent osoby niepełnosprawnej / Asystent osobisty osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/>
Praca socjalna	<input type="checkbox"/>
Szkolenia dla opiekunów faktycznych osób niesamodzielných	<input type="checkbox"/>
Usługi transportowe	<input type="checkbox"/> specjalistyczne <input type="checkbox"/> standardowe
Specjalistyczna placówka wsparcia dziennego	<input type="checkbox"/>
Grupa wsparcia dla opiekunów faktycznych podopiecznych specjalistycznej placówki wsparcia dziennego	<input type="checkbox"/>
Specjalistyczne usługi opiekuńcze na terenie miejsc zamieszkania	<input type="checkbox"/>
Poradnictwo w tym psychologiczne dla opiekunów faktycznych uczestników projektu	<input type="checkbox"/>
Klub seniora	<input type="checkbox"/>
Usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/>
Inne (jakie?):	<input type="checkbox"/>

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





Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



OŚWIADCZENIA

Przyjmuję do wiadomości, iż wypełnienie niniejszej ankiety nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.

Dobrowolnie deklaruję swój udział w projekcie Centrum Usług Społecznych w Powiecie Sieradzkim

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 ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis kandydatki/kandydata

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



Centrum Usług Społecznych
w Powiecie Sieradzkim