



Załącznik nr 1 do Regulaminu naboru i uczestnictwa w projekcie

ANKIETA REKRUTACYJNA

Kandydata/kandydatki do udziału w projekcie pn.: Rehabilitacja- Aktywizacja,
realizowanym przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Proszowicach

IMIĘ.....NAZWISKO.....

PESEL, DATA UR., MIEJSCE UR.

KRAJ, WOJEWÓDZTWO

ADRES.....

TELEFON E-MAIL

PŁEĆ

☐ Kobieta

☐ Mężczyzna

OBSZAR ZAMIESZKANIA

☐ Miasto

☐ Wieś

WYKSZTAŁCENIE: ☐ brak, ☐ podstawowe, ☐ gimnazjalne, ☐ ponadgimnazjalne,
☐ pomaturalne, ☐ wyższe

Posiadam kwalifikacje zawodowe: ☐ TAK – jakie:

☐ NIE

Pracuję: ☐ TAK ☐ NIE

Miejsce zatrudnienia:

.....

Wykonywany zawód:

.....

1. Korzystam bezpośrednio lub jako członek rodziny ze świadczeń pomocy społecznej,
zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej:

☐ TAK

☐ NIE

2. Jeżeli TAK, proszę zaznaczyć z jakiego powodu:



- ☐ ubóstwa,
- ☐ sieroctwa,
- ☐ bezdomności,
- ☐ bezrobocia,
- ☐ niepełnosprawności,
- ☐ długotrwałej lub ciężkiej choroby,
- ☐ przemocy w rodzinie,
- ☐ potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi,
- ☐ potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności,
- ☐ bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych,
- ☐ trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością o której mowa w art. 159 ust.1 pkt 1 lit c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach,
- ☐ trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego,
- ☐ alkoholizmu lub narkomanii,
- ☐ zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,
- ☐ klęski żywiołowej lub ekologicznej.

3. Korzystam z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027:

- ☐ TAK ☐ NIE

4. Jestem zarejestrowany/a w PUP jako osoba bezrobotna:

- ☐ TAK ☐ NIE

5. Jestem zarejestrowany/a jako osoba poszukująca pracy:

- ☐ TAK ☐ NIE

6. Jestem osobą bierną zawodowo:

- ☐ TAK ☐ NIE

7. Pozostaję w leczeniu z powodu występujących zaburzeń psychicznych, nie posiadam orzeczenia o niepełnosprawności, posiadam zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj schorzenia, wydane przez lekarza specjalistę:

- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY



8. Mam orzeczony stopień niepełnosprawności/ orzeczenie równoważne (ZUS, KRUS):

☐ TAK, (proszę zaznaczyć stopień): ☐ znaczny, ☐ umiarkowany, ☐ lekki

inne:

☐ NIE

9. Wymagam stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji:

☐ TAK ☐ NIE

10. Mam szczególne potrzeby związane z niepełnosprawnością:

☐ TAK (proszę podać jakie:

.....

.....

☐ NIE

11. Uczę się w systemie:

☐ stacjonarnym, ☐ niestacjonarnym, ☐ nie uczę się

12. Jestem osobą przebywającą w rodzinie:

☐ biologicznej, ☐ zastępczej, ☐ rodzinnym domu dziecka,
☐ placówce opiekuńczo – wychowawczej, ☐ nie dotyczy

13. Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, rodzinny dom dziecka, placówkę opiekuńczo - wychowawczą lub regionalną placówkę opiekuńczo – terapeutyczną, o której mowa w art. 140 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

14. Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia

☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE DOTYCZY

15. Jestem członkiem rodziny objętej wsparciem PCPR – przewyższającą trudności w wypełnianiu funkcji:

☐ opiekuńczo – wychowawczej, ☐ prowadząc rodzinny dom dziecka, ☐ rodziny zastępczej,



☐ nie dotyczy

16. Opiekuję się dzieckiem w wieku poniżej 7 roku życia lub osobą zależną, osobą niepełnosprawną

☐ TAK

☐ NIE

17. Opuściłam/em w ostatnich 12 miesiącach przed złożeniem dokumentów rekrutacyjnych jednostkę penitencjarną.

☐ TAK

☐ NIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:*

1. Dane podane w ankiecie są prawdziwe.
2. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie informacji niezgodnych z prawdą.
3. Jestem świadomy/a, że złożenie ankiety nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Uczestnika Projektu

.....
czytelny podpis opiekuna prawnego
Uczestnika Projektu (jeśli dotyczy)



* w przypadku składania oświadczenia przez osobę niepełnoletnią podpisuje ją również rodzic/opiekun prawny

Załączniki:

- a) kopia orzeczenia o niepełnosprawności (oryginał do wglądu),
- b) zaświadczenie z ops lub inny dokument potwierdzający korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej, systemu pieczy zastępczej, orzeczenie o niepełnosprawności (kopia orzeczenia o niepełnosprawności -oryginał do wglądu),
- c) w przypadku osób pozostających w leczeniu z powodu występujących zaburzeń psychicznych a nie posiadających z tego tytułu orzeczenia o niepełnosprawności, należy dołączyć zaświadczenie lekarskie potwierdzające rodzaj schorzenia, wydane przez lekarza specjalistę,
- d) zaświadczenie wydane przez ZUS potwierdzające brak tytułu do odprowadzania składek na ubezpieczenie społeczne),
- e) zaświadczenie z właściwej instytucji, zaświadczenie od kuratora, wyrok sądu lub inny dokument potwierdzający przebywanie uczestnika w pieczy zastępczej,
- f) nr PESEL ze statusem UKR, zaświadczenie o objęciu ochroną czasową wystawione przez Szefa Urzędu ds. cudzoziemców,
- g) inny dokument poświadczający kwalifikowalność Uczestnika Projektu

Zobowiązuję się do przedłożenia wszelkich informacji, dokumentów oraz oświadczeń niezbędnych do prawidłowej realizacji projektu.