

Załącznik nr 2

do Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Krok do samodzielności”
Aktywizacja społeczna, mieszkalnictwo i wsparcie rodziny w Powiecie Świebodzińskim

Formularz stanowi dokument rekrutacyjny w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021–2027 i podlega przepisom RODO oraz Wytycznym EFS+ 2021–2027.

**Formularz Rekrutacyjny
do projektu pn.: „Krok do samodzielności”**

Aktywizacja społeczna, mieszkalnictwo i wsparcie rodziny w Powiecie Świebodzińskim
realizowanego w okresie od 1 czerwca 2026r. do 31 maja 2028r. współfinansowanego ze
środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze
Europejskie
dla Lubuskiego 2021–2027

Dane Uczestnika / Uczestniczki projektu		
Dane uczestnika/czki projektu	Imię	
	Nazwisko	
	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
	PESEL	
	Obywatelstwo	
Adres zamieszkania	Ulica	
	Numer domu / lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Gmina	
	Powiat	
	Województwo	
	Kraj	

Dane kontaktowe	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty e-mail	
Status uczestnika projektu	☐ dziecko przebywające w pieczy zastępczej ☐ kandydat/ka na rodzinę zastępczą ☐ osoba niepełnoletnia wymagająca wsparcia psychologicznego / socjoterapeutycznego ☐ pełnoletni wychowanek pieczy zastępczej ☐ osoba opuszczająca pieczę zastępczą ☐ osoba zagrożona wykluczeniem mieszkaniowym ☐ rodzina zastępcza	
Osoba z niepełnosprawnościami	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (bądź dokument równoważny)	☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmowa podania informacji
	Stopień niepełnosprawności (bądź równoważny)	☐ Lekki ☐ Umiarkowany ☐ Znaczny
Osoba zagrożona wykluczeniem społecznym / mieszkaniowym	☐ Tak ☐ Nie	
Osoba opuszczająca pieczę zastępczą	☐ Tak ☐ Nie	
Osoba ubiegająca się o udział w mieszkaniu treningowym	☐ Tak ☐ Nie	
Osoba ubiegająca się o udział w szkoleniu dla kandydatów na rodziny zastępcze	☐ Tak ☐ Nie	
Inne informacje istotne dla udziału w projekcie		

.....	
Osoba korzystająca ze świadczeń w ramach Programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa	☐ Tak ☐ Nie
Osoba biorąca udział w innych projektach w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027.	☐ Tak ☐ Nie
UWAGI	
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:	
<i>Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.</i>	

Oświadczenia kandydata

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą.
2. Wyrażam wolę udziału w projekcie „Krok do samodzielności”.
3. Zostałem/am poinformowany/a o zasadach rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji projektu.

Podpis kandydata / opiekuna prawnego

.....
(data i czytelny podpis)

Wypełnia PCPR / realizator projektu

Wypełnia opiekun:

Data weryfikacji i oceny formularza:

Ocena formalna: ☐ pozytywna ☐ negatywna

Uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpis opiekuna:

Wypełnia Dyrektor PCPR:

Zaświadczam, że Pani/ Pan został/a - nie został/a *
(imię i nazwisko UP)

zakwalifikowany/a do uczestnictwa w projekcie pn.: „Krok do samodzielności”.

.....
(data i podpis dyrektora)

*- niepotrzebne skreślić

DYREKTOR
Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie
w Świdobrodzynie
mgr Magdalena Mleczak