Załącznik nr 1 do Regulaminu Uczestnictwa w Projekcie pt. „Pokonaj bariery”

**KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY**

**Kandydata do udziału**

**w projekcie partnerskim** **pt**.: „**Pokonaj bariery”**

**CZĘŚĆ A. DANE OSOBY- POTENCJALNEGO UCZESTNIKA/ UCZESTNICZKI PROJEKTU:**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ |  |
| NAZWISKO |  |
| PŁEĆ |  KOBIETA  MĘŻCZYZNA |
| PESEL |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |
| TELEFON |  |
| ADRES E-MAIL |  |
| WYKSZTAŁCENIE | * brak * Podstawowe (Szkoła podstawowa) * Gimnazjalne (Gimnazjum) * Ponadgimnazjalne (Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) * Policealne (Szkoły policealne) * Wyższe, w tym: * studia krótkiego cyklu (Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)) * studia licencjackie lub odpowiedniki (Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat), * studia podyplomowe, studia magisterskie lub odpowiedniki (Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)) * studia doktoranckie |
| STATUS NA RYNKU PRACY | * Bezrobotny/a, w tym: * III profil pomocy * Długotrwale bezrobotny/a * Żadne z powyższych * Bierny/a zawodowo * Zatrudniony |
| OSTATNIO WYKONYWANY ZAWÓD |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Czy Pan /Pani korzysta bezpośrednio lub jako członek rodziny ze świadczeń pomocy społecznej, zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej: |    TAK  NIE |
| Czy Pan/Pani jest osobą o której mowa w art. 1 ust.2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym: |  TAK   bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,   uzależnioną od alkoholu,   uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających,   chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;   długotrwale bezrobotną   zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów  o pomocy społecznej;   uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,   osobą niepełnosprawną.   NIE |
| Czy posiada Pan/Pani ważne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność? |  TAK  - ustalony stopień ……………………….………………………  - rodzaj niepełnosprawności / symbol …………………………….……………….……………………  - ważność orzeczenia …………………………………………….…………………….   NIE |
| Czy jest Pan/Pani osobą niesamodzielną? |  TAK  NIE |
| Czy jest Pan/Pani objęta usługami opiekuńczymi? |  TAK  NIE |
| Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną? |  TAK  NIE |
| Czy Pan/Pani korzysta bezpośrednio lub jako członek rodziny z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa? |  TAK  - jeśli TAK, to czy jesteś osobą korzystającą z działań towarzyszących:  TAK  NIE  - jeśli TAK, to z jakiego rodzaju działań towarzyszących …………………………………….…………….……….………..   NIE |
| Czy Pan/Pani brała lub bierze udział w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską? |  TAK  proszę podać szczegółowe informacje ………………………………………………………...……..   NIE |

Pouczenie:

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb rekrutacji, organizacji i oceny projektu (zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE) w celach objętych działalnością instytucji i realizowanego przez nią projektu pt.: „Pokonaj bariery”.**  …….…….….….…., dnia ........................ ............................................................................  **CZYTELNY PODPIS   / SKŁADAJĄCEGO ANKIETĘ/PEŁNOMOCNIKA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |

**CZĘŚĆ B. Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej / niesamodzielnej**

|  |
| --- |
| **1. Zdolność do poruszania się** **(proszę zaznaczyć odpowiednio)**  - wstawanie z łóżka i powrót do niego:  □ samodzielnie □ z pomocą częściową □ pomocą całkowitą  - przygotowania posiłków:  □ samodzielnie □ z pomocą częściową □ pomocą całkowitą  - chodzenie w obrębie mieszkania:  □ samodzielnie □ z pomocą częściową □ pomocą całkowitą  - opuszczanie mieszkania i powrót do niego:  □ samodzielnie □ z pomocą częściową □ pomocą całkowitą  - korzystanie ze środków komunikacji:  □ samodzielnie □ z pomocą częściową □ pomocą całkowitą  - przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania:  □ samodzielnie □ z pomocą częściową □ pomocą całkowitą  - inne, nie wymienione wyżej ( wskazać jakie) .................................................................................................................................................................... |
| 2. **Poruszanie się (proszę odpowiednie podkreślić)**  □samodzielnie bez oprzyrządowania,   □ samodzielnie po oprotezowaniu  □ z balkonikiem, □ na wózku inwalidzkim, □ z laską, □ przy pomocy kul,  □ z przewodnikiem/ przy pomocy osoby drugiej |
| **3. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego** **(proszę zaznaczyć odpowiednio)**  - sprzątanie:  □ samodzielnie  □ z pomocą  - pranie, gotowanie, zmywanie:  □ samodzielnie  □ z pomocą  - ogrzewanie mieszkania:  □ samodzielnie  □ z pomocą  - robienie zakupów:  □ samodzielnie  □ z pomocą  - dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo: □ samodzielnie  □ z pomocą |
| **4. Zakres koniecznej opieki i pomocy innych osób oraz systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji**  Korzystanie z usług medycznych ( jakich?) ……………………………………………………………...  …………………….....................................................................................................................................  …………………………………………………………………………………………………………….  Korzystanie z systemu wsparcia (wpisać jakiego) ……………………………………………………….  ……..……………………………………………………………………………………………………...  ……………………..................................................................................................................................... |

|  |
| --- |
| …….…….….….…., dnia ........................ ............................................................................  **CZYTELNY PODPIS   / SKŁADAJĄCEGO ANKIETĘ/PEŁNOMOCNIKA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |

**SŁOWNIK POJĘĆ DO KWESTIONARIUSZA REKRUTACYJNEGO**

1. ***Osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004r. o pomocy społecznej lub******kwalifikujące się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną,***tj.spełniające co najmniej jeden z warunków określonych w art. 7 ustawy o pomocy społecznej – zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej lub oświadczenie uczestnika (z pouczeniem o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą);
2. ***Osoby Bezrobotne*** – *Osoby pozostające bez pracy, gotowe do podjęcia pracy i aktywnie poszukujące zatrudnienia;* nie tylko zarejestrowani w ewidencji urzędów pracy; osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu).

***Osoby zakwalifikowane do III profilu pomocy***, zgodnie z Ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2015 r. poz. 149, z późn. zm.), **Profil pomocy III**- dla osób oddalonych od rynku pracy, wymagających szczególnego wsparcia ze strony urzędu i innych instytucji rynku pracy.

1. ***Długotrwale bezrobotni*** dla osób poniżej 25 roku życia–powyżej 6miesięcy; dla osób w wieku 25lat i więcej– powyżej 12 miesięcy
2. ***Bierni zawodowo***- *w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne);* studenci studiów stacjonarnych (z wyjątkiem studentów, którzy są zatrudnieni); osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego)
3. ***Osoby zatrudnione*** - Osoby pracujące *osoby w wieku 15 lat i więcej, które wykonują pracę, za którą otrzymują wynagrodzenie, czerpią zyski lub korzyści rodzinne lub osoby posiadające zatrudnienie lub własną działalność, które jednak chwilowo nie pracowały ze względu na np. chorobę, czy kształcenie się lub szkolenie.* Osoby prowadzące działalność na własny rachunek, o ile spełniony jest jeden z poniższych warunków:

*1) pracuje w swojej działalności, praktyce zawodowej lub gosp. Rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli nie osiąga zysków.*

*2) poświęca czas na prowadzenie działalności gosp., praktyki zawodowej czy gosp. rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usługi nic nie wyprodukowano.*

*3)jest w trakcie zakładania działalności gosp., gosp. Rolnego lub praktyki zawodowej.*

Bezpłatnie pomagający członek gosp. domowego, jeżeli wykonywaną przez siebie pracą wnosi bez pośredni wkład w działalność gosp., gosp. rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gosp. domowego.

• Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”.

• Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim (rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy do momentu porodu i obejmuje późniejszą krótko terminową opiekę nad dzieckiem

1. ***Osoby z niepełnosprawnością*** –osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustaw z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
2. ***Osoba niesamodzielna*** - 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.
3. ***Usługi opiekuńcze*** - Usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze, o których mowa w Ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, w tym usługi krótkookresowego całodobowego i dziennego pobytu dla osób niesamodzielnych, których celem jest zapewnienie opieki dla osób niesamodzielnych w zastępstwie za opiekunów faktycznych.
4. ***Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (PO PŻ)***- krajowy program operacyjny współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Najbardziej Potrzebującym, Pomoc w ramach PO PŻ kierowana jest do tych osób i rodzin, które z powodu niskich dochodów nie mogą zapewnić sobie/rodzinie odpowiednich produktów żywnościowych (posiłków) i udzielana jest w postaci artykułów spożywczych lub posiłków, które przekazywane są bezpłatnie.

|  |
| --- |
| **Oświadczam, iż zapoznałem/zapoznałam się ze słownikiem pojęć występujących w Kwestionariuszu Rekrutacyjnym.**  …….…….….….…., dnia ........................ ............................................................................  **CZYTELNY PODPIS   / SKŁADAJĄCEGO ANKIETĘ/PEŁNOMOCNIKA/OPIEKUNA PRAWNEGO** |