

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020

Załącznik nr 1
Do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie
„Ku samodzielności – mieszkania chronione w gminie Człopa”

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt „Ku samodzielności – mieszkania chronione w gminie Człopa”

Realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020

Formularz rekrutacyjny wypełnia pełnoletnia osoba lub pełnoletni/a przedstawiciel/ka rodziny w imieniu swoim oraz wszystkich jej członków, którzy deklarują chęć wzięcia udziału w Projekcie.

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

Nr telefonu/ e-mail:

Liczba osób w rodzinie deklarujących udział w Projekcie: w tym:

opiekunowie: dzieci:

1. Ja/moja rodzina zamieszkuje na terenie Gminy wiejsko – miejskiej Człopa.

TAK

NIE

2. Oświadczam, że ja/członek mojej rodziny uczę/uczy się na terenie Gminy wiejsko – miejskiej Człopa.

TAK

NIE

10. Stopień niepełnosprawności danej osoby:

- LEKKI
 UMIARKOWANY
 ZNACZNY

11. Czy osoba niepełnosprawna wyraża chęć udziału w Projekcie:

- TAK
 NIE

12. Czy osoba niepełnosprawna potrzebuje wsparcia, w celu zlikwidowania przeszkód uniemożliwiających wzięcie udziału w Projekcie:

- TAK
 NIE

13. Narażenie w warunkach mieszkaniowych na oddziaływanie negatywnych bodźców, ze strony innych mieszkańców (przemoc, alkoholizm):

- DOTYCZY
 NIE DOTYCZY

14. Jestem usamodzielniającym się wychowankiem pieczy zastępczej/młodzieżowego ośrodka wychowawczego/ młodzieżowego ośrodka Socjoterapii/Specjalnego ośrodka szkolno – wychowawczego.

- TAK
 NIE

15. Jestem osobą, która opuściła zakład karny:

- TAK
 NIE

- ulice w Człopie: Brzozowa, Młyńska, Moniuszki, Paderewskiego, Plac Zwycięstwa, Południowa, Rynkowa, Strzelecka, Witosa, Żeromskiego, Słoneczna.

Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020

Załącznik nr 2

Do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie
„Ku samodzielności – mieszkania chronione w gminie Człopa”

OŚWIADCZENIE

Uczestnika/ Uczestniczki Projektu dotyczące spełnienia przynależności do grup określonych w kryterium formalnym określonym w § 3 ust. 1 w Regulaminie rekrutacji i udziału w Projekcie.

Oświadczam, że

Spełniam kryteria obowiązkowe, niezbędne do zakwalifikowania się do udziału w projekcie tj.:

- jestem/nie jestem* mieszkańcem gminy Człopa,
- jestem/nie jestem* osobą uczącą się na terenie gminy Człopa,
- jestem/nie jestem* osobą pracującą na terenie gminy Człopa,
- jestem/nie jestem* osobą zagrożoną ubóstwem,
- jestem/nie jestem* osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym,
- jestem/nie jestem* osobą potrzebującą wsparcia w funkcjonowaniu w codziennym życiu
(nie wymagającą usług w zakresie opieki całodobowej)

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych oświadczeń, oświadczam, że informację zawartą w niniejszej deklaracji są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis)

*Niepotrzebne skreślić



Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014 – 2020

Załącznik nr 3
Do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie
„Ku samodzielności – mieszkania chronione w gminie Człopa”

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

Nr tel.....

Deklaracja

dobrowolnego uczestnictwa w projekcie „Ku samodzielności – mieszkania chronione w gminie Człopa” realizowanym przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Człopie

w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020

Oświadczam, że:

1. Deklaruję uczestnictwo w w/w Projekcie realizowanym przez Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Człopie;
2. Spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie udziału w projekcie i rekrutacji;
3. Zostałem/am poinformowany(a) o współfinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020;
4. Będę dobrowolnie i systematycznie uczestniczył(a) w działaniach realizowanych w ramach Projektu.

.....
*(data i czytelny podpis osoby wyrażającej
chęć wzięcia udziału w Projekcie)*