|  |  |
| --- | --- |
| **Informacje wypełniane przez Beneficjenta** | |
| **Data wpływu formularza rekrutacyjnego** |  |

Formularz rekrutacyjny do projektu

„Seniorzy- mądrość, energia, działanie”

**Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach**

**Europejskiego Funduszu Społecznego**

|  |
| --- |
| **Część I – Informacje o kandydacie** |
| **1. Imię/imiona:** |
| **2. Nazwisko:** |
| **3. Data i miejsce urodzenia:** |
| **4. PESEL:** |
| **5. Płeć:**  **Kobieta**  **Mężczyzna** |
| **7. Wiek (w chwili przystąpienia do projektu- lata ukończone):** |
| **8. Seria i nr dowodu osobistego:** |
| **9. Adres zamieszkania:**    **Województwo………………………..………………Powiat………………………………**    **Gmina……………………………………………miejscowość…..…………………………**    **Ulica……………………………………...……..nr domu……………nr lokalu…………..**    **Kod pocztowy…………………….miejscowość…………….……………..……………….** |
| **10. Nr telefonu kontaktowego:** |
| **11. Adres poczty elektronicznej do kontaktu:** |

|  |
| --- |
| **Część II- informacje dodatkowe** |
| **12. Jaki jest Pana/ Pani status na rynku pracy** |
| **Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy**  **Jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji urzędów pracy**  **Jestem osobą bierną zawodowo w tym:**  **Osobą uczącą się**  **Inne (emeryt, rencista)**  **Jestem osobą pracującą** |
| **13. Czy jest Pan(i) osobą niesamodzielną** |
| **Tak**   **Nie** |
| **14. Czy wymaga Pan(i) wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (np. kąpanie się, ubieranie, przygotowanie posiłków, obsługa urządzeń AGD)?** |
| **Tak**   **Nie** |
| **15. Czy leczy się Pan(i) na choroby przewlekłe lub pozostaje pod opieką lekarza specjalisty?** |
| **Tak**   **Nie** |
| **16. Czy jest Pan(i) osobą z niepełnosprawnościami** |
| **Tak i posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:**  **Lekkim**  **Umiarkowanym**  **Znacznym**  **Nie** |
| **17. Czy jest Pan(i) w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (tzn. innej niż wymienione powyżej w pytaniu 14-16)** |
| **Tak**   **Nie** |
| **18. Jaki jest Pan/Pani dochód na 1 członka rodziny?** |
|  |
| **19. Czy korzysta Pan(i) ze wsparcia GOPS w Radziłowie?** |
| **Tak**   **Nie** |
| **20. Czy korzysta Pan(i) ze wsparcia ze wsparcia POPŻ 2014-2020?** |
| **Tak**   **Nie** |
| **21. Oświadczam, że jestem gotowy/a do uczestniczenia w Klubie Seniora po zakończeniu udziału w projekcie:** |
| **Tak**   **Nie** |

(miejscowość, data) (podpis uczestnika)