|  |
| --- |
| **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)