



Załącznik nr 1 do Regulaminu
naboru i uczestnictwa w Projekcie pt. „RAZEM PRZECIW WYKLUCZENIU”

KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY
Kandydata do udziału
w projekcie partnerskim pt.: „RAZEM PRZECIW WYKLUCZENIU”

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

IMIĘ	
NAZWISKO	
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEȚA <input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
TELEFON	
ADRES E-MAIL	
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> Podstawowe (Szkoła podstawowa) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (Gimnazjum) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (Liceum, liceum profilowane, technikum, technikum uzupełniające, zasadnicza szkoła zawodowa) <input type="checkbox"/> Policealne (Szkoły policealne) <input type="checkbox"/> Wyższe, w tym: <input type="checkbox"/> studia krótkiego cyklu (Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych (podlega MPiPS)) <input type="checkbox"/> studia licencjackie lub odpowiedniki (Studia I stopnia (tytuły zawodowe: inżynier, licencjat), <input type="checkbox"/> studia podyplomowe, studia magisterskie lub odpowiedniki (Studia II stopnia oraz jednolite studia magisterskie (tytuł zawodowy: magister)) <input type="checkbox"/> studia doktoranckie
STATUS NA RYNKU PRACY	<input type="checkbox"/> Bezrobotny/a, w tym: <input type="checkbox"/> III profil pomocy <input type="checkbox"/> Długotrwale bezrobotny/a <input type="checkbox"/> Źadne z powyższych <input type="checkbox"/> Bierny/a zawodowo <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan/Pani jest osobą o której mowa w art. 1 ust.2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> uzależnioną od alkoholu, <input type="checkbox"/> uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, <input type="checkbox"/> chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego; <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotną <input type="checkbox"/> zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej; <input type="checkbox"/> uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> osobą niepełnosprawną. <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą, o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. osoba która:	- pełni funkcję rodziny zastępczej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - przebywa w pieczy zastępczej: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - przebywała w pieczy zastępczej: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo – wychowawczych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy w Pana/Pani rodzinie jest prowadzone przez Gminę wsparcie w formie pracy z rodziną lub pomocy w opiece i wychowaniu dziecka (asystent rodziny):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/ Pani osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy przebywa Pan/Pani w młodzieżowym ośrodku wychowawczym lub młodzieżowym ośrodku socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991r o systemie oświaty:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy posiada Pan/Pani ważne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność?	<input type="checkbox"/> TAK - ustalony stopień - rodzaj niepełnosprawności / symbol - ważność orzeczenia <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą niesamodzielną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani objęta usługami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



opiekuńczymi?	
Czy korzysta Pan/Pani ze świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu rezygnacji z pracy ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan/Pani korzysta bezpośrednio lub jako członek rodziny z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa?	<input type="checkbox"/> TAK - jeśli TAK, to czy jesteś osobą korzystającą z działań towarzyszących: <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - jeśli TAK, to z jakiego rodzaju działań towarzyszących <input type="checkbox"/> NIE
Czy Pan/Pani brała lub bierze udział w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską?	<input type="checkbox"/> TAK proszę podać szczegółowe informacje <input type="checkbox"/> 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 przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016r. poz. 922) w celach objętych działalnością instytucji i realizowanego przez nią projektu pt.: „RAZEM PRZECIW WYKLUCZENIU”.

....., dnia

.....
CZYTELNY PODPIS
/ SKŁADAJĄCEGO ANKIETĘ/PEŁNOMOCNIKA/OPIEKUNA PRAWNEGO



SŁOWNIK POJĘĆ DO KWESTIONARIUSZA REKRUTACYJNEGO

1. **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).

2. **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.

3. **Długotrwale bezrobotni**–dla osób poniżej 25 roku życia–powyżej 6miesiący; dla osób w wieku 25lat i więcej–powyżej 12 miesięcy

4. **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)

5. **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

6. **Osoby z niepełnosprawnością**–osoby niepełnosprawne w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustaw z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r. poz. 546, ze zm.)

7. **Osoba niesamodzielną** - 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.

8. **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.

9. **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 ANKIETE/PEŁNOMOCNIKA/OPIEKUNA PRAWNEGO