**FORMULARZ REKRUTACYJNY**wypełnia pracownik socjalny

Imię i nazwisko Uczestnika/Uczestniczki projektu: ………………………………………………………………………………

PESEL: …………………………..

1/ ***Z jakiego powodu Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym*** *(osoby korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ust. z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające przynajmniej jedną z przesłanek określ. w art.7 ust. z 12.03.2004 o pomocy społecznej), w tym osoby bezrobotne, które zgodnie z ustawą o promocji zatrudnienia i instytucji rynku pracy znajdują się w III grupie osób (tzw. oddalonych do rynku pracy)?*

* ubóstwa;
* sieroctwa;
* bezdomności;
* bezrobocia;
* niepełnosprawności;
* długotrwałej lub ciężkiej choroby;
* przemocy w rodzinie;
* potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;
* potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;
* bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;
* trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;
* alkoholizmu lub narkomanii;
* zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej;
* klęski żywiołowej lub ekologicznej.

2/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą rekomendowaną przez Ośrodek Pomocy Społecznej do uczestnictwa
w projekcie?

 Tak  Nie

3/ Czy Uczestnik/Uczestniczka – jest osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub
z niepełnosprawnościami sprzężonymi lub z niepełnosprawnością intelektualną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi?

 Tak  Nie

4/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą z rodziny dotkniętej wykluczeniem z wielu powodów?

 Tak  Nie

5/ Czy w rodzinie Uczestnika/Uczestniczki występują trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych?

  Tak  Nie

Proszę podać jakie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

6/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą przebywającą w młodzieżowym ośrodku wychowawczym bądź młodzieżowym ośrodku socjoterapii?

  Tak  Nie

7/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą przebywającą w pieczy zastępczej lub ją opuszczającą?

  Tak  Nie

8/ Czy w rodzinie Uczestnika/Uczestniczki co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością?

   Tak  Nie

9/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą o postępowaniu wobec nieletnich?

  Tak  Nie

10/ Czy w rodzinie Uczestnika/Uczestniczki występuję problem uzależnienia od alkoholu i/lub przemocy w rodzinie?

  Tak  Nie

11/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą zakwalifikowaną do III profilu?

  Tak  Nie

 12/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?

  Tak  Nie

13/ Czy Uczestnik/Uczestniczka jest osobą z rodziny korzystającej z PO PŻ?

  Tak  Nie

14/ Czy uczestnik/Uczestniczka jest osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)

  Tak  Nie

Z jakiego powodu?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**ZAŁĄCZNIKI:**

**DO FORMULARZA NALEŻY DOŁĄCZYĆ DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE KWALIFIKOWALNOŚĆ UCZESTNIKA DO PROJEKTU, TJ. ZAŚWIADCZENIE Z URZEDU PRACY/WYDRUK Z SEPII, POTWIERDZENIE PROFILU UCZESTNIKA, ORZECZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI – JEŚLI DOTYCZY.**

* …….………………………………………………

 Data i podpis pracownika socjalnego