



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

Nr formularza	
Data wpływu	

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE
„Otwierając Nowe Drzwi” nr FEMA.08.06-IP.01-0823/25**

DANE OSOBOWE (PROSIMY UZUPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ (IMIONA)		
NAZWISKO		
OBYWATELSTWO		
PESEL		
WIEK		
WYKSZTAŁCENIE (ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE)	☐ Niższe niż podstawowe (ISCED 0) ☐ Podstawowe (ISCED 1) (szkoła podstawowa) ☐ Gimnazjalne (ISCED 2) (gimnazjum) ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) (ukończenie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ☐ Policealne (ISCED 4) (ukończenie szkoły policealnej) ☐ Wyższe (ISCED 5-8)	
PŁEĆ	☐ KOBIEȚA	☐ MĘŻCZYZNA
DANE KONTAKTOWE		
ADRES ZAMIESZKANIA (WG KODEKSU CYWILNEGO ¹)	Województwo	
	Powiat	
	Gmina	
	Kod pocztowy, miejscowość	
TELEFON KONTAKTOWY		
ADRES E-MAIL		

¹ Zgodnie z art. 25 kodeksu cywilnego miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.

**I. KRYTERIA FORMALNE (0/1)**

1.	Jestem osobą zamieszkującą na terenie jednej z gmin powiatu przasnyskiego tj. m. Czernice Borowe, Krasne, Krzynowłoga Mała, Przasnysz, m. Przasnysz.	TAK ☐	NIE ☐	
2.	Jestem osobą przebywającą w rodzinnej pieczy zastępczej/osobą przebywającą w placówce opiekuńczo-wychowawczej/ osobą przebywającą w pieczy zastępczej w procesie usamodzielniania/pełnię rolę rodzinnej pieczy zastępczej borykającej się z trudnościami wychowawczymi/jestem osobą wykluczoną/zagrożoną wykluczeniem społecznym z powodu bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych zgodnie z art. 7 ustawy o pomocy społecznej. *Należy dostarczyć zaświadczenie z PCPR/placówki opiekuńczo-wychowawczej/ośrodka pomocy społecznej.	TAK ☐	NIE ☐	

II. KRYTERIA PREMIUJĄCE DLA OSÓB DOROSŁYCH (WYPEŁNIAJĄ OSOBY PEŁNIĄCE ROLĘ RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ)

1.	Jestem osobą niepełnosprawną*, tj. osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie lub inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Osoba niepełnosprawna jest zobligowana do dostarczenia kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
2.	Jestem osobą sprawującą opiekę nad więcej niż jednym dzieckiem w pieczy zastępczej. * *Należy dostarczyć zaświadczenie z PCPR.	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
3.	Jestem osobą zamieszkującą na terenie OSI, o których mowa w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030 (gminy zagrożone trwałą marginalizacją tj. gmina Czernice Borowe, Krasne, Krzynowłoga Mała, Przasnysz).	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
4.	Jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 o pomocy społecznej (art. 7 ustawy). *Osoba korzystająca ze świadczeń jest zobowiązana do	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt



	dostarczenia zaświadczenia z Ośrodka Pomocy Społecznej.			
5.	Jestem osobą bezrobotną lub bierną zawodową. * *Należy dostarczyć zaświadczenie z Powiatowego Urzędu Pracy/ZUS lub inny dokument potwierdzający brak zatrudnienia).	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
6.	Jestem osobą osiągającą niski dochód w przeliczeniu członków na rodzinę (jako osoba samotnie gospodarująca osiągam miesięcznie dochód poniżej 1010,002 zł netto/jako osoba żyjąca w rodzinie osiągam miesięcznie dochód na 1 członka rodziny poniżej 823,004 zł netto) * *Należy dostarczyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
III. KRYTERIA PREMIUJĄCE DLA DZIECI PRZEBYWAJĄCYCH W RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ (WYPEŁNIA OSOBA SPRAWUJĄCA OPIEKĘ NAD DZIECKIEM)				
1	Osoba z niepełnosprawnością*, tj. osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie lub inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Osoba niepełnosprawna jest zobligowana do dostarczenia kopii orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
2	Osoba korzystająca z pomocy psychologicznej/doświadczająca problemów z emocjami/doświadczająca traumy, przemocy, uzależnienia w rodzinie biologicznej* *Należy dostarczyć zaświadczenie od specjalisty/poradni PPP/zaświadczenie ze szkoły/zaświadczenie z PCPR.	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt



3	Osoba zamieszkującą na terenie OSI, o których mowa w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030 (gminy zagrożone trwałą marginalizacją tj. gmina Czernice Borowe, Krasne, Krzynowłoga Mała, Przasnysz).	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
IV. KRYTERIA PREMIUJĄCE DLA OSÓB PRZEBYWAJĄCYCH W RODZINNEJ PIECZY ZASTĘPCZEJ W PROCESIE USAMODZIELNIANIA (WYPEŁNIA OSOBA USAMODZIELNIAJĄCA SIĘ)				
1.	Jestem osobą o niskich kwalifikacjach, wykształcenie max ISCED 3.	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
2.	Jestem osobą niepełnosprawną*, tj. osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zdrowotnej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub orzeczenie lub inny dokument, o którym mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. *Osoba niepełnosprawna jest zobligowana do dostarczenia kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub innego dokumentu potwierdzającego ten fakt.	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
3.	Jestem osobą korzystającą z pomocy psychologicznej/doświadczającą problemów z emocjami/doświadczylam traumy, przemocy, uzależnienia w rodzinie biologicznej* *Należy dostarczyć zaświadczenie od specjalisty/poradni PPP/zaświadczenie ze szkoły/zaświadczenie z PCPR.	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
4.	Jestem osobą zamieszkującą na terenie OSI, o których mowa w Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030 (gminy zagrożone trwałą marginalizacją tj. gmina Czernice Borowe, Krasne, Krzynowłoga Mała, Przasnysz).	TAK ☐	NIE ☐	5 pkt
	Suma punktów (wypełnia kadra projektu):			
	Podpis pracownika projektu			

**V. SPECJALNE (SZCZEGÓLNE) POTRZEBY OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI (WYPEŁNIAJĄ OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI)**

1.	Czy istnieje potrzeba tłumaczenia na Polski Język Migowy?	TAK ☐	NIE ☐	
2.	Czy istnieje potrzeba zastosowania pętli indukcyjnej?	TAK ☐	NIE ☐	
3.	Czy istnieje potrzeba wsparcia asystenta osoby z niepełnosprawnościami?	TAK ☐	NIE ☐	
4.	Czy istnieje potrzeba przewodnika dla osoby mającej trudności w widzeniu?	TAK ☐	NIE ☐	
5.	Czy istnieje potrzeba alternatywnych form przygotowania materiałów projektowych (szkoleniowych, np. wersje elektroniczne dokumentów, wersje w druku powiększonym, wersje pisane alfabetem Braille'a, wersje w języku łatwym, nagranie tłumaczenia na język migowy na nośniku elektronicznym, itp.); Jeśli tak, proszę je wymienić poniżej.	TAK ☐	NIE ☐	
6.	Czy istnieje potrzeba wydłużonego czasu wsparcia (wynikające np. z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust, stosowania języka łatwego, itp.) Jeśli tak, proszę je wymienić poniżej.	TAK ☐	NIE ☐	

VI. SZCZEGÓLNE POTRZEBY KANDYDATEK/KANDYDATÓW

1.	Proszę o określenie preferowanej formy kontaktu z Realizatorem projektu?	☐ E-mail ☐ Poczta tradycyjna ☐ Telefoniczna		
2.	Czy istnieją szczególne potrzeby dotyczące wyżywienia? Jeśli tak, proszę je wymienić.	TAK ☐	NIE ☐	



3.	Inne? Jakie? Proszę wymienić.			
VII. Oświadczenia związane ze statusem uczestnika w chwili przystąpienia do projektu				
1.	Jestem osobą obcego pochodzenia.	TAK ☐	NIE ☐	☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2.	Jestem osoba państwa trzeciego.	TAK ☐	NIE ☐	☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
3.	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	TAK ☐	NIE ☐	☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI

VIII. POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu zgłoszeniowym odpowiadają stanowi faktycznemu i są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że zostałem pouczone/pouczony o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem Projektu „Otwierając Nowe Drzwi” i akceptuję jego zapisy.
- Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o tym, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
- Oświadczam, że spełniam warunki Grupy Docelowej a także kryteria premiujące wskazane przeze mnie w formularzu rekrutacyjnym.
- Wyrażam zgodę na udział w procesie monitoringu i ewaluacji projektu, w tym m.in. wypełnianie ankiet, dokumentów oraz testów sprawdzających.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w ramach realizacji projektu



Fundusze Europejskie
dla Mazowsza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Mazowsze.
serce Polski

8. Wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pt. „Otwierając Nowe Drzwi” nr FEMA.08.06-IP.01-0823/25.
9. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że wypełnienie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie mojego wizerunku (w postaci zdjęć lub nagrań wideo) utrwalonego w trakcie realizacji szkoleń, w celach promocyjnych Projektu, w tym w mediach społecznościowych, serwisach oraz prezentacjach i wydarzeniach informacyjnych.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis Uczestnika²

²W przypadku osób nieletnich podpis składa osoba sprawująca pieczę zastępczą.