



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

**FORMULARZ REKRUTACYJNY PROJEKTU
„CIESZYN (AS) RODZINA – KOMPLESOWY PROGRAM WSPARCIA RODZIN”**

OŚ priorytetowa: FESL.07.00, Działanie FESL.07.07

Zaleca się wypełnienie formularza zgłoszeniowego ręcznie – drukowanymi literami, kolorem niebieskim. Wszystkie pola formularza muszą być wypełnione (z wyjątkiem pól zaznaczonych kolorem szarym)

Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem X. Formularz należy w sposób trwały spiąć i opatrzyć podpisem.

CZĘŚĆ I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KI											
1. Nazwisko i imiona											
2. Data i miejsce urodzenia											
3. Płeć											
4. PESEL											
5. Seria i nr dowodu osobistego											
6. Nr telefonu kontaktowego i adres poczty elektronicznej											
stacjonarnego						komórkowego					
adres e-mail											
7. Sytuacja na rynku pracy											
.....											



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

CZĘŚĆ II. KRYTERIA DOSTĘPU I REKRUTACJI DO PROJEKTU

1. KRYTERIA FORMALNE

1) Adres zamieszkania

województwo

powiat

ulica

nr domu/lokalu

miejsowość

kod pocztowy

Adres do korespondencji (wypełnić tylko w przypadku jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

2) Doświadczanie trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych

☐

tak

☐

nie

2. KRYTERIA PREMIUJĄCE UCZESTNICTWO W PROJEKCIE

1) Posiadanie orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy.

☐

tak

☐

nie

2) Posiadanie orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy.

☐

tak

☐

nie

3) Posiadanie orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

☐

tak

☐

nie



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

4) Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności z symbolem 02-P (niepełnosprawność związana z chorobami psychicznymi).

☐

tak

☐

nie

5) Korzystanie z Programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027.

☐

tak

☐

nie

6) Osoba, której dziecko przebywa w pieczy zastępczej.

☐

tak

☐

nie

3. SPECJALNE POTRZEBY

.....

.....

.....

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis)



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

CZĘŚĆ III. ZGŁOSZENIE DZIECKA/DZIECI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

1. Nazwisko i imię

1) Adres zamieszkania

2) Data i miejsce urodzenia

3) Płeć

4) PESEL

5) Placówka do której uczęszcza dziecko

6) Niepełnosprawność

☐

tak

☐

nie

7) Specjalne potrzeby

.....
.....

2. Nazwisko i imię

1) Adres zamieszkania

2) Data i miejsce urodzenia

3) Płeć

4) PESEL



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

5) Placówka do której uczęszcza dziecko

6) Niepełnosprawność

☐

tak

☐

nie

7) Specjalne potrzeby

.....
.....

3. Nazwisko i imię

1) Adres zamieszkania

2) Data i miejsce urodzenia

3) Płeć

4) PESEL

5) Placówka do której uczęszcza dziecko

6) Niepełnosprawność

☐

tak

☐

nie

7) Specjalne potrzeby

.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna
prawnego dziecka)