



FORMULARZ REKRUTACYJNY

„Kamień milowy”

Projekt nr: RPWM.11.02.03-28-0040/22

Formularz rekrutacyjny wypełnia pełnoletni przedstawiciel rodziny. W przypadku rodzin z dziećmi, osobami zależnymi rodzic lub opiekun.

Proszę zakreślić właściwą odpowiedź.

Punktacja:

Odpowiedź TAK – 1 pkt

Odpowiedź NIE – 0 pkt

Imię nazwisko		
Adres zamieszkania		
OŚWIADCZAM, ŻE:		
		Liczba punktów
1.	moja rodzina zamieszkuje na terenie Gminy Olsztynek	
Jeśli TAK (1 pkt) przejść dalej do wypełniania formularza.		
Jeśli NIE (0 pkt) pozostawić formularz w dalszej części niewypełniony ze względu na brak możliwości udziału w projekcie.		
2.	moja rodzina korzysta ze wsparcia w ramach z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.	
3.	moja rodzina jest niepełna	
4.	moja rodzina jest wielodzietna (tj. troje lub więcej dzieci)	
5.	członkiem mojej rodziny jest osoba z niepełnosprawnością	
	w tym osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, z niepełnosprawnością sprzężoną, zaburzeniami psychicznymi, z niepełnosprawnością intelektualną, całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (dotyczy wyłącznie osób deklarujących udział w projekcie)	
6.	sprawuję opiekę nad osobą z niepełnosprawnością i co najmniej jeden członek rodziny nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	
7.	moja rodzina przeżywa trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych	
8.	jestem osobą długotrwale bezrobotną (powyżej 12 miesięcy)	
9.	jestem uchodźcą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej	
10.	jestem osobą przebywającą w pieczy zastępczej	
11.	jestem osobą opuszczającą pieczę zastępczą	
12.	jestem członkiem rodziny zastępczej	
13.	moja rodzina/członek rodziny korzysta ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Jeśli tak przepisać liczbę punktów z oświadczenia o korzystaniu z pomocy społecznej.	
LICZBA ZDOBYTYCH PUNKTÓW		
14.	Szczególne indywidualne potrzeby osoby/rodziny mające znaczenie dla udziału w projekcie np. związane ze stanem zdrowia, wskazaniami lekarskimi. Jeśli występują, proszę wymienić jakie? UWAGA: odpowiedź ma charakter wyłącznie informacyjny nie jest punktowana.	

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że dane podane w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika projektu