



**KWESTIONARIUSZ REKRUTACYJNY**

**Kandydata do udziału**

**w projekcie partnerskim pt. „NOWE HORYZONTY”**

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

IMIĘ											
NAZWISKO											
DATA URODZENIA											
MIEJSCE URODZENIA											
PŁEĆ	<input type="checkbox"/> KOBIEТА					<input type="checkbox"/> MĘŻCZYŻNA					
PESEL											
ADRES ZAMIESZKANIA	województwo					powiat					
	gmina					kod pocztowy					
	miejscowość										
	ulica					numer budynku/ lokalu					
TELEFON	<input type="checkbox"/> nie posiadam										
ADRES E-MAIL	<input type="checkbox"/> nie posiadam										



<b>DANE PODSTAWOWE OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	
IMIĘ	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
NAZWISKO	<input type="checkbox"/> nie dotyczy
FORMA OPIEKI	<input type="checkbox"/> rodzic dziecka <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> opiekun prawny</span>
WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> <b>niższe niż podstawowe</b> <input type="checkbox"/> <b>podstawowe</b> <input type="checkbox"/> <b>gimnazjalne</b> <input type="checkbox"/> <b>ponadgimnazjalne</b> <input type="checkbox"/> <b>policealne</b> <input type="checkbox"/> <b>wyższe</b>
STATUS NA RYNKU PRACY	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy w tym: długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy w tym: długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> <b>TAK</b> <input type="checkbox"/> <b>NIE</b> <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo* w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> inne ..... <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca w tym: <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP (mikro, małe, średnie przedsiębiorstwo) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
OSTATNIO WYKONYWANY ZAWÓD	<input type="checkbox"/> Instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> Nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> Pracownik poradni psychologiczno – pedagogicznej <input type="checkbox"/> Rolnik <input type="checkbox"/> Inne .....



MIEJSCE ZATRUDNIENIA	
<p>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 lub kwalifikuję się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniam co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej?</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Czy jest Pan/Pani osobą o której mowa w art.1 ust.2 z dnia 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– bezdomną*realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>– uzależnioną od alkoholu, uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>– chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>– długotrwale bezrobotną*, <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>– zwolnioną z zakładu karnego, mającą trudności w integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> <li>– osobą niepełnosprawną <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</li> </ul>



<p>Czy jest Pan /Pani osobą , o której mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej, tj. osoba która?</p>	<p>- pełni funkcję rodziny zastępczej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- przebywa w pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- przebywała w pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- jest członkiem rodziny przeżywającej trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- jest osobą kandydującą do pełnienia funkcji rodziny zastępczej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Czy w Pana/Pani rodzinie jest prowadzone przez Gminę wsparcie w formie pracy z rodziną lub pomocy w opiece i wychowaniu dziecka (asystent rodziny)?</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Czy jest Pan/Pani osobą nieletnią, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości?</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Czy posiada Pan/Pani ważne orzeczenie potwierdzające niepełnosprawność?</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p>-ustalony stopień .....</p> <p>-rodzaj niepełnosprawności / symbol .....</p> <p>-ważność orzeczenia .....</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
<p>Czy jest Pan/Pani osobą niesamodzielną?*</p>	<p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>



Czy jest Pan/Pani osobą objętą usługami opiekuńczymi?*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy korzysta Pan/Pani ze świadczenia pielęgnacyjnego z tytułu rezygnacji z pracy ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani osobą bezdomną?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jest Pan/Pani korzysta bezpośrednio lub jako członek rodziny z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE 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 ..... ..... ..... ..... .....
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

\* wyjaśnienie w słowniku pojęć



**Pouczenie:**

Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielania wsparcia w ramach Projektu.

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI**

**Oświadczam, że:**

- Podane wyżej dane są zgodne z prawdą.
- Zostałem poinformowany o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
- Zgodnie z wymogami jestem uprawniona/uprawniony do uczestnictwa w projekcie.
- Zapoznałem się z regulaminem uczestnictwa i rekrutacji w projekcie, akceptuję go i jestem świadomy możliwości wprowadzania w nim zmian.
- Zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany, że Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu na potrzeby procesu rekrutacji projektu „NOWE HORYZONTY” zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2016 r. poz. 922 ).
- **Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody\* na nieograniczone czasowo wykorzystanie zdjęć i materiałów filmów z moim wizerunkiem przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Wolsztynie. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych materiałów za pośrednictwem dowolnych mediów wyłącznie w celach niekomercyjnych: promocyjnych, informacyjnych i sprawozdawczych w stosunku do Urzędu Marszałkowskiego Województwa Wielkopolskiego. Odmowa wykorzystania zdjęć i materiałów filmowych z Pani/Pana wizerunkiem nie skutkuje odmową przyjęcia do Projektu.**

\* niepotrzebne skreślić

..... , dnia .....

.....  
**CZYTELNY PODPIS**

(SKŁADAJĄCEGO ANKIETĘ /PEŁNOMOCNIKA /OPIEKUNA PRAWNEGO)



## CZĘŚĆ B. Informacja dotycząca sytuacji społecznej osoby niepełnosprawnej i niesamodzielnej

### **1. Zdolność do poruszania się ( proszę zaznaczyć odpowiednio)**

- wstawanie z łóżka i powrót do niego :
  - samodzielnie       z pomocą częściową       pomocą całkowitą
- przygotowania posiłków:
  - samodzielnie       z pomocą częściową       pomocą całkowitą
- chodzenie w obrębie mieszkania:
  - samodzielnie       z pomocą częściową       pomocą całkowitą
- opuszczanie mieszkania i powrót do niego:
  - samodzielnie       z pomocą częściową       pomocą całkowitą
- korzystanie ze środków komunikacji:
  - samodzielnie       z pomocą częściową       pomocą całkowitą
- przemieszczanie się poza miejsce zamieszkania:
  - samodzielnie       z pomocą częściową       pomocą całkowitą
- inne, nie wymienione wyżej (wskazać jakie).....

### **2. Poruszanie się (proszę odpowiednie podkreślić)**

- samodzielnie bez oprzyrządowania
- samodzielnie po oprostowaniu
- z balkonikiem
- na wózku inwalidzkim
- z laską
- przy pomocy kul
- z przewodnikiem/przy pomocy osoby drugiej

### **3. Zdolność do prowadzenia gospodarstwa domowego (proszę zaznaczyć odpowiednio)**

- sprzątanie:       samodzielnie       z pomocą
- pranie, gotowanie, zmywanie       samodzielnie       z pomocą
- ogrzewanie mieszkania       samodzielnie       z pomocą
- robienie zakupów       samodzielnie       z pomocą
- dbanie o własność osobistą i bezpieczeństwo       samodzielnie       z pomocą

### **4. Zakres koniecznej opieki i pomocy innych oraz systemu środowiskowego wsparcia w samodzielnej egzystencji**

Korzystanie z usług medycznych (jakich?)

.....

Korzystanie z systemu wsparcia (wpisać jakiego) .....

.....

..... , 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 6miesięcy; 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 gospodarstwie rolnym w celu uzyskania dochodu, nawet jeżeli nie osiąga zysków.*
  - 2) *poświęca czas na prowadzenie działalności gospodarczej, praktyki zawodowej czy gospodarstwa rolnego, nawet jeżeli nie zrealizowano żadnej sprzedaży lub usługi nic nie wyprodukowano.*
  - 3) *jest w trakcie zakładania działalności gospodarczej, gospodarstwa rolnego lub praktyki zawodowej.*
1. **Bezpłatnie pomagający członek gospodarstwa domowego**, jeżeli wykonywaną przez siebie pracę wnosi bez pośredni wkład w działalność gospodarczą, gospodarstwo rolne lub praktykę zawodową będącą w posiadaniu lub prowadzoną przez spokrewnionego członka tego samego gospodarstwa domowego. *Bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność członek rodziny uznawany jest za „osobę prowadzącą działalność na własny rachunek”.*





2. **Osoby przebywające na urlopie macierzyńskim/rodzicielskim** rozumianym jako świadczenie pracownicze, który zapewnia płatny lub bezpłatny czas wolny od pracy od momentu porodu i obejmuje późniejszą krótko terminową opiekę nad dzieckiem.
3. **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.)
4. **Osoba niesamodzielna** - 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.
5. **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.
6. **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)