**Załącznik Nr 1**

do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie we Włoszczowie**

**ul. Wiśniowa 10, 29-100 Włoszczowa, Tel/Fax.: 41 39-44-993,**

**www.pcprwloszczowa.pl, e-mail:** **biuro@pcprwloszczowa.pl**

**WSTĘPNA ANKIETA REKRUTACYJNA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

**,,BEZ BARIER”**

**CZĘŚĆ I**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane** **Uczestnika** | Imię i nazwisko |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |
| Płeć: | Kobieta M Mężczyzna |
| PESEL |  |
| Stan cywilny | wolna/wolny |
| mężatka/żonaty |
| **Dane** **kontaktowe** | Ulica |  |
| Nr domu/ Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres poczty elektronicznej ( e-mail) |  |
| **Dane osobowe****prawnego opiekuna /kuratora** *(\* uzupełnić w przypadku gdy ze wsparcia będzie korzystała osoba całkowicie bądź częściowo ubezwłasnowolniona)* | Imię i nazwisko |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ Nr lokalu |  |
| Miejscowość |  |
| Kod pocztowy |  |
| Tel kontaktowy |  |

Jestem zainteresowany / zainteresowana udziałem w projekcie „BEZ BARIER”

Nie jestem zainteresowany / zainteresowana udziałem w projekcie „BEZ BARIER”

***Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:***

1. Zostałem poinformowany/a o planowanych działaniach w Projekcie oraz jego współfinansowaniu ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS,
2. Zapoznałem się z postanowieniami ***Regulaminu uczestnictwa*** w projekcie i akceptuję je,
3. Mam świadomość, iż zawarte w Projekcie działania, w których będę brał/a udział mogą odbywać się w miejscowości innej od mojego miejsca zamieszkania,
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz.1000 z póź. zm.) do celów związanych z przeprowadzeniem procesu rekrutacji.

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

podpis opiekuna prawnego podpis kandydata

………………………………………………………………………

miejscowość i data

**CZĘŚĆ II**

**GRUPA 2-B – OSOBY Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kryteria obowiązkowe** | Przyczyna niepełnosprawności wynikająca z orzeczenia o stopniu niepełnosprawności:  | 01-U upośledzenie umysłowe  |
| 02-P choroby psychiczne  |
| 03-L zaburzenia głosu, mowy i choroby słuchu  |
| 04-O choroby narządu wzroku  |
| 05-R upośledzenie narządu ruch  |
| 06-E epilepsja  |
| 07-S choroby układu oddechowego i krążenia  |
| 08-T choroby układu pokarmowego  |
| 09-M choroby układu moczowo-płciowego  |
| 10-N choroby neurologiczne  |
| 11-I inne |
| 12-C całościowe zaburzenia rozwojowe |
| **Kryteria dodatkowe premiujące** | Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: | znacznym  |
| umiarkowanym |
| lekkim |
| Jestem osobą, u której występuje niepełnosprawność sprzężona (więcej niż jedna przyczyna niepełnosprawności wynikająca z posiadanego orzeczenia) | Tak Nie |
| Jestem osobą prowadzącą samodzielne gospodarstwo domowe | Tak Nie |
| Jestem osobą we wspólnym gospodarstwie domowym | Tak Nie |
| Kryterium dochodowe w przeliczeniu na członka rodziny/osobę\* (dochód netto za I kwartał2019 r. t. j. styczeń, luty, marzec 2019 r.)*\*niepotrzebne skreślić*  | do 800 zł |
| od 801 zł do 1000 zł |
| od 1001 zł do 1500 zł |
| od 1501 zł do 2000 zł |
| powyżej 2001 zł |

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

podpis opiekuna prawnego podpis kandydata

………………………………………………………………………

miejscowość i data