



Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Akademia samodzielności”

KWESTIONARIUSZ KWALIFIKACYJNY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Projekt nr RPWM.11.02.03.-28-0014/18 pt. „AKADEMIA SAMODZIELNOŚCI”

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

I. Dane uczestnika projektu											
Nazwisko											
Imię					<input type="checkbox"/> Kobieta		<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
Numer PESEL										Data urodzenia	
Województwo											
Powiat					Gmina						
Miejscowość					Ulica						
Kod pocztowy					Nr budynku / lokalu						

Proszę zaznaczyć znakiem X kryteria, które Pani/Pana dotyczą.

II. Kryteria obligatoryjne udziału w projekcie (formalne)		
Oświadczam, iż jestem osoby zagrożoną wykluczeniem społecznym z przynajmniej jednego z powodów:		
1.	Osoba lub rodzina korzystająca ze świadczeń z pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej ¹	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Osoba, o których mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym ²	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Osoba przebywająca w pieczy zastępczej lub opuszczająca pieczę zastępczą lub/i rodzina przeżywająca trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych - wg ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Osoba nieletnia, wobec której zastosowano środki zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982r. o postępowaniu w sprawach nieletnich	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

¹ Art. 7. Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu: 1) ubóstwa; 2) sieroctwa; 3) bezdomności; 4) bezrobocia; 5) niepełnosprawności; 6) długotrwałej lub ciężkiej choroby; 7) przemocy w rodzinie; 7a) potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi; 8) potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; 9) bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych; 10) (uchylony) 11) trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach; 12) trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego; 13) alkoholizmu lub narkomanii; 14) zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej; 15) klęski żywiołowej lub ekologicznej.

² Art.1. ust.2. Przepisy ustawy stosuje się w szczególności do: 1) bezdomnych realizujących indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 2) uzależnionych od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego, 3) uzależnionych od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej, 4) chorych psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego, 5) długotrwałe bezrobotnych w rozumieniu przepisów o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy, 6) zwalnianych z zakładów karnych, mających trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 7) uchodźców realizujących indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej, 8) osób niepełnosprawnych, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, którzy podlegają wykluczeniu społecznemu i ze względu na swoją sytuację życiową nie są w stanie własnym staraniem zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych i znajdują się w sytuacji powodującej ubóstwo oraz uniemożliwiającej lub ograniczającej uczestnictwo w życiu zawodowym, społecznym i rodzinnym.



5.	Osoby przebywająca w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych i młodzieżowych ośrodkach socjoterapii, o których mowa w ustawie z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6.	Osoba z niepełnosprawnością w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych lub/i osoba z zaburzeniami psychicznymi	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7.	Członek gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8.	Osoby niesamodzielna (tzn. ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagająca opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
10.	Osoba odbywająca karę pozbawienia wolności objęta dozorem elektronicznym	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
11.	Osoba/rodzina korzystająca z PO PŻ 2014-2020	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Proszę zaznaczyć znakiem X kryteria, które Pani/Pana dotyczą.

III. Kryteria pierwszeństwa do udziału w projekcie (merytoryczne)

W momencie przystępowania do projektu osoby spełniające poniższe kryteria otrzymują dodatkowe punkty w procesie rekrutacji.

Oświadczam, iż jestem:

1.	Osobą bezrobotną .	<input type="checkbox"/> TAK, poniżej 12 miesięcy <input type="checkbox"/> TAK, długotrwale (powyżej 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> NIE
2.	Rodzicem dziecka do lat 3, które jest zagrożone niepełnosprawnością.	<input type="checkbox"/> TAK, przedkładam: <input type="checkbox"/> skierowanie do lekarza rehabilitacji medycznej dla mojego dziecka <input type="checkbox"/> zaświadczenie od lekarza o nieprawidłowościach w rozwoju dziecka <input type="checkbox"/> oświadczenie o zagrożeniu niepełnosprawnością u mojego dziecka <input type="checkbox"/> NIE
3.	Osobą z niepełnosprawnością lub uczniem/dzieckiem z niepełnosprawnością (tj. dzieckiem w wieku przedszkolnym posiadającym orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany rodzaj niepełnosprawności, dzieckiem posiadającym orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim, wydane przez zespół orzekający działający w publicznej poradni psychologiczno-pedagogicznej).	<input type="checkbox"/> TAK, posiadam: <input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> stopień lekki <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany <input type="checkbox"/> stopień znaczny



		<p>Jestem:</p> <p><input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (tj. występowanie co najmniej dwóch rodzajów niepełnosprawności)</p> <p><input type="checkbox"/> osobą z zaburzeniami psychicznymi</p> <p><input type="checkbox"/> osobą z niepełnosprawnością intelektualną</p> <p><input type="checkbox"/> osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju</p> <p>(i załączam stosowne zaświadczenie/opinię)</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
4.	Rodzicem, opiekunem prawnym/faktycznym - członkiem gospodarstwa domowego sprawującego opiekę nad osobą z niepełnosprawnością.	<p><input type="checkbox"/> TAK, nie pracuję ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą/dzieckiem z niepełnosprawnością</p> <p><input type="checkbox"/> TAK, co najmniej jeden z członków mojej rodziny nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą/dzieckiem z niepełnosprawnością</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
5.	Członkiem rodziny wielodzietnej tj. rodziny, w której jest 3 i więcej dzieci.	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
6.	Korzystam z pomocy żywnościowej w ramach PO PŻ 2014-2020	<p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>
7.	Korzystam ze świadczeń z 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><input type="checkbox"/> TAK, z powodu:</p> <p><input type="checkbox"/> ubóstwa</p> <p><input type="checkbox"/> sieroctwa</p> <p><input type="checkbox"/> bezdomności</p> <p><input type="checkbox"/> bezrobocia</p> <p><input type="checkbox"/> niepełnosprawności</p> <p><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby</p> <p><input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi</p> <p><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności</p> <p><input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gosp. dom.</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców</p> <p><input type="checkbox"/> trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego</p> <p><input type="checkbox"/> alkoholizmu lub narkomanii</p> <p><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego/sytuacji kryzysowej</p> <p><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p>



8.	Osobą niesamodzielną , której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego , o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
-----------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznał/-am/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „**Akademia Samodzielności**” oraz wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
2. Oświadczam, że spełniam wymogi kwalifikacyjne dotyczące uczestnictwa w Projekcie „**Akademia Samodzielności**”.
3. Jestem świadom/-a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w Projekcie.
4. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu Projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Kwestionariuszu są prawdziwe i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

DATA	PODPIS UCZESTNIKA ³
IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA - OSOBY SKŁADAJĄCEJ OŚWIADCZENIE WOLI	PODPIS NIEMOŻLIWY – TUSZOWY ODCISK PALCA UCZESTNIKA (osoby składającej oświadczenie woli)
Podpis osoby poświadczającej złożenie odcisku przez Uczestnika	

³ W przypadku zgłoszenia osoby małoletniej lub ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.