



Fundusze Europejskie  
dla Opolskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



 **OPOLSKIE**

## Formularz rekrutacyjny

**Projekt:** Rozwój usług społecznych w powiecie oleskim i mieście Kluczbork

**Numer projektu:** FEOP.07.01-IZ.00-0058/23

### Dane osobowe uczestnika:

- |   |  |
|---|--|
| 1. Imię i nazwisko:<br>_____  | <input type="radio"/> Kod pocztowy: _____    |
| 2. Data urodzenia:<br>_____   | <input type="radio"/> Miejscowość:<br>_____  |
| 3. Miejsce urodzenia:<br>_____  | <input type="radio"/> Gmina/Powiat:<br>_____ |
| 4. PESEL<br>_____   | 7. Telefon kontaktowy:<br>_____              |
| 5. Wiek w chwili przystąpienia do projektu _____  | 8. Adres e-mail (opcjonalnie):<br>_____      |
| 6. Adres zamieszkania lub pobytu:<br><input type="radio"/> Ulica i numer domu:<br>_____ | 9. Wykształcenie: _____                      |
|   | 10. Obywatelstwo:<br>_____                   |
|   | 11. Płeć K/M                                 |

12. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI

13. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, osoba z niepełnosprawnościami TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI

14. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji TAK/ NIE / ODMOWA ODPOWIEDZI

### Kryteria punktowane:

1. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć odpowiednie i dołączyć kopie dokumentów):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Brak                | <input type="radio"/> Znaczny stopień             |
| <input type="radio"/> Lekki stopień       | <input type="radio"/> Niepełnosprawność sprzężona |
| <input type="radio"/> Umiarkowany stopień |   |

2. Oświadczam, że żyję samotnie w jednoosobowym gospodarstwie domowym.

Proszę zaznaczyć TAK/ NIE

3. Miejsce zamieszkania (proszę zaznaczyć, o ile dotyczą):
  - Teren wiejski
  - Gmina Radłów lub Gmina Gorzów Śląski
  - Miasto Kluczbork
4. Czy korzysta Pan/i z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021–2027 (FE PŻ)? TAK/ NIE
5. Proszę podać dochód miesięczny netto na 1 członka rodziny \_\_\_\_\_ PLN

**Załączniki:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy).
2. Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej potwierdzające korzystanie z programu FE PŻ (jeśli dotyczy).

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne z prawdą, pod rygorem odpowiedzialności karnej (art. 233 § 6 KK).
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do projektu i zobowiązuję się do jego stosowania.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami RODO na potrzeby rekrutacji i realizacji projektu.
4. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wizyty weryfikacyjnej w miejscu zamieszkania przez przedstawicieli Realizatora projektu.

Podpis uczestnika lub przedstawiciela prawego:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_