



Fundusze Europejskie  
dla Opolskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



 **OPOLSKIE**

## Formularz rekrutacyjny

**Projekt:** Rozwój usług zdrowotnych w formie zdeinstytucjonalizowanej na terenie Subregionu Północnego województwa opolskiego, tj. w gminach: Olesno, Radłów i Gorzów Śląski oraz w mieście Kluczbork

**Numer projektu:** FEOP.07.01-IZ.00-0003/24

### Dane osobowe uczestnika:

- |   |   |
|---|---|
| 1. Imię i nazwisko:<br>_____  | o Kod pocztowy: _____                   |
| 2. Data urodzenia:<br>_____   | o Miejscowość:<br>_____                 |
| 3. Miejsce urodzenia:<br>_____                                      | o 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>o 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

15. Czy posiada Pan/Pani szczególne potrzeby, o których powinniśmy wiedzieć, aby właściwie dostosować wsparcie?  
NIE/ TAK, proszę podać jakie:

.....  
16. Czy ma Pan/Pani ograniczenia w poruszaniu się, wymagające zapewnienia transportu?  
NIE/TAK

**Kryteria punktowane:**

1. Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć odpowiednie i dołączyć kopie dokumentów):
  - Brak
  - Lekki stopień
  - Umiarkowany stopień
  - Znaczny stopień
  - Niepełnosprawność sprzężona
2. Miejsce zamieszkania (proszę zaznaczyć, o ile dotyczą):
  - Teren wiejski
  - Gmina Radłów lub Gmina Gorzów Śląski
  - Miasto Kluczbork
3. Czy korzysta Pan/i z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021–2027 (FE PŻ)? TAK/ NIE
4. Liczba punktów z Karty oceny skali Barthel .....

**Załączniki:**

1. Kopia orzeczenia o niepełnosprawności (jeśli dotyczy).
2. Karta oceny wg skali Barthel
3. 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: \_\_\_\_\_

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

