



Załącznik nr 1 - do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**Formularz zgłoszeniowy do projektu „Lokalny Ośrodek Wiedzy i Edukacji
w Gminie Brenna”**realizowanego w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu
Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021 – 2027

Wypełnia osoba przyjmująca formularz zgłoszeniowy	
Data:..... wpływu formularza zgłoszeniowego	
Podpis osoby przyjmującej formularz zgłoszeniowy:	

Dane osoby zgłaszającej się do projektu			
Dane identyfikacyjne	1	Obywatelstwo	
	2	Imię	
	3	Nazwisko	
	4	PESEL	
	5	Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna
	6	Wiek	
	7	Wykształcenie	☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) ☐ policealne (ISCED 4) ☐ wyższe (ISCED 5-8)
Dane kontaktowe	1	Kraj	
	2	Województwo	
	3	Powiat	
	4	Gmina	
	5	Miejscowość	
	6	Ulica	
	7	Nr budynku	
	8	Nr lokalu	
	9	Kod pocztowy	
	10	Telefon	
	11	Adres e-mail (jeśli jest)	
Status osoby zgłaszającej się do projektu	1	Osoba obcego pochodzenia	☐ tak ☐ nie
	2	Osoba z krajów trzecich	☐ tak ☐ nie
	3	Osoba bezdomna	☐ tak ☐ nie
	4	Osoba opuszczająca placówki opieki instytucjonalnej, w tym w szczególności domy pomocy społecznej	☐ tak ☐ nie



	5	osoba przebywające w pieczy zastępczej lub opuszczające pieczę zastępczą	☐ tak ☐ nie
	6	osoba korzystająca z pomocy społecznej	☐ tak ☐ nie
	7	osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej	☐ tak ☐ nie
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	1	Osoba ucząca się	☐ tak ☐ nie Proszę podać nazwę szkoły:
	2	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	☐ tak ☐ nie
	3	Osoba bezrobotna nie zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	☐ tak ☐ nie
	4	Osoba bierna zawodowo	☐ tak ☐ nie
	5	Osoba pracująca, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek	☐ tak ☐ nie Proszę podać nazwę zakładu pracy
Kryteria rekrutacji	1	Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań - +5 pkt	☐ tak ☐ nie
	2	Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych - +5 pkt	☐ tak ☐ nie
	3	Osoba z niepełnosprawnością +5 pkt	☐ tak ☐ nie
	4	Osoba z niskimi kwalifikacjami +5 pkt	☐ tak ☐ nie
	5	Osoba bezrobotna +5 pkt	☐ tak ☐ nie
	6	Osoba w wieku 55+ +5 pkt	☐ tak ☐ nie
	7	Osoba dotknięta ubóstwem +5 pkt	☐ tak ☐ nie
Oferta wsparcia	1	Oferujemy zajęcia dla uczestników projektu: Rozwój Umiejętności i Kompetencji Życiowych: 8 rodzajów zajęć artystycznych, zdrowe odżywianie, zdrowy tryb życia, umiejętności komputerowe, ziołolecznictwo, ekologia. Rozwój Umiejętności i Kompetencji Społecznych: kursy językowe, 7 rodzajów aktywności ruchowej, pierwsza pomoc, ogrodnictwo. Rozwój umiejętności i kompetencji Zawodowych: kosmetyka, stylizacja paznokci, kwalifikowana pierwsza pomoc, pszczelarstwo, opieka nad osobami starszymi/niepełnosprawnymi/chorymi.	

....., dn.
(miejscowość) (data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się)



Uwagi kandydatów/kandydatek z niepełnosprawnością związane z potencjalnym uczestnictwem w projekcie umożliwiające udział na takich samych warunkach jak inne osoby uczestniczące w projekcie (załącznik nie jest obowiązkowy).

Jestem osobą z niepełnosprawnością	
☐ Tak	☐ Nie
Niepełnosprawność potwierdzona:	
☐ Orzeczenie	☐ Inny dokument
Czy ma Pan/i specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności związane z uczestnictwem w projekcie? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):	
☐ przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych ☐ alternatywne formy materiałów (np. z użyciem alfabetu Braille'a itp.) ☐ zapewnienie systemu wspomagającego słyszenie ☐ zapewnienie tłumacza języka migowego ☐ inne:	
Jakie trudności ma Pan/ Pani ze względu na swoją niepełnosprawność? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):	
☐ samodzielne poruszanie się ☐ czytanie i rozumieniem tekstu ☐ komunikowanie się z otoczeniem ☐ trudności emocjonalne ☐ inne..... ☐ nie mam.	
Czy będzie Panu/Pani potrzebna osoba (asystent), która pomoże podczas udziału we wsparciu oferowanym w projekcie? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź):	
☐ podczas przemieszczania się (np. do miejsca szkolenia i z powrotem), ☐ w komunikowaniu się z otoczeniem, ☐ w tłumaczeniu na język migowy, ☐ w nauce, ☐ w zastępczej opiece nad osobą z niepełnosprawnością (w tym dzieckiem/dziećmi), ☐ inne..... ☐ nie potrzebuje.	

....., dn.
(miejscowość) (data)

.....
(czytelny podpis osoby zgłaszającej się)