



Usługi społeczne
dla mieszkańców
gminy Sępólno

Biuro projektu:
Miejsko-Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Sępólnie
ul. Lipowa 1a
11-210 Sępólno
Tel. 89 761 32 20



Gmina
SĘPOLNO



**STOWARZYSZENIE
ESWIP** | ORGANIZACJA
POZYTYWU PUBLICZNEGO

Załącznik nr 1. Formularz rekrutacyjny Uczestnika Projektu „Usługi społeczne dla mieszkańców gminy Sępólno”

„Usługi społeczne dla mieszkańców gminy Sępólno” FEWM.09.04-IZ.00-0002/24

Każda osoba chcąca zakwalifikować się do projektu musi wypełnić osobny formularz.

Opis procesu rekrutacji został zawarty w regulaminie projektu i rekrutacji.

Wszystkie pola formularza muszą być wypełnione.

FORMULARZ REKRUTACYJNY UCZESTNIKA PROJEKTU

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE, DRUKOWANYMI LITERAMI

Tabelę wypełnia pracownik Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sępólnie

- Uczestnik Projektu
- Opiekun osoby wymagającej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Kadra Miejsko-Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Sępólnie

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kierownika MGOPS
Sępólno



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską





Usługi społeczne
dla mieszkańców
gminy Sępólno

Biuro projektu:
Miejsko-Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Sępólnie
ul. Lipowa 1a
11-210 Sępólno
Tel. 89 761 32 20



Gmina
SĘPOLNO



**STOWARZYSZENIE
ESWIP** | ORGANIZACJA
POŻYTKU PUBLICZNEGO

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	
IMIĘ	
NAZWISKO	
WIEK	
DATA URODZENIA	
ADRES ZAMIESZKANIA W ROZUMIENIU KODEKSU CYWILNEGO	
ULICA	
NR BUDYNKU/MIESZKANIA	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY	
GMINA	
POWIAT	
WOJEWÓDZTWO	



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Projekt „Usługi Społeczne dla mieszkańców gminy Sępólno” realizowany jest przez Gminę Sępólno, w partnerstwie ze Stowarzyszeniem ESWIP i współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus



Usługi społeczne
dla mieszkańców
gminy Sępólno

Biuro projektu:
Miejsko-Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Sępólnie
ul. Lipowa 1a
11-210 Sępólno
Tel. 89 761 32 20



Gmina
SĘPOLNO



**STOWARZYSZENIE
ESWIP** | ORGANIZACJA
POZYTYWU PUBLICZNEGO

KRYTERIA DOSTĘPU

1. Zamieszkanie na terenie gminy Sępólno.

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż zamieszkuje na terenie gminy Sępólno.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

2. Spełnienie przesłanek wykluczenie z dostępu do usług:

Ja, niżej podpisany oświadczam, iż spełniam/nie spełniam* kryterium wiekowe 60+.

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu

Ja, niżej podpisany jestem/nie jestem* osobą z niepełnosprawnością.

.....

Miejscowość i data
projektu

.....

Czytelny podpis uczestnika

W przypadku odpowiedzi „**jestem**” należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważny dokument potwierdzający niepełnosprawność.

3. Wyrażenie woli

Ja, niżej podpisany wyrażam wolę uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne dla mieszkańców gminy Sępólno”

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis uczestnika projektu



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską





Usługi społeczne
dla mieszkańców
gminy Sępólno

Biuro projektu:
Miejsko-Gminny Ośrodek
Pomocy Społecznej
w Sępólnie
ul. Lipowa 1a
11-210 Sępólno
Tel. 89 761 32 20



Gmina
SĘPOLNO



**STOWARZYSZENIE
ESWIP** | ORGANIZACJA
POŻYTKU PUBLICZNEGO

*** niepotrzebne skreślić**

KRYTERIA PREMIUJĄCE

Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. W przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważny dokument potwierdzający niepełnosprawność.	<ul style="list-style-type: none">• TAK• NIE
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną W przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważny dokument potwierdzający niepełnosprawność.	<ul style="list-style-type: none">• TAK• NIE
Osoba z chorobami psychicznymi W przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć kopię zaświadczenia lekarskiego lub orzeczenia dot. choroby.	<ul style="list-style-type: none">• TAK• NIE
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną. W przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć kopię zaświadczenia lekarskiego lub orzeczenia.	<ul style="list-style-type: none">• TAK• NIE
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z MSKCiPZ ICD 10) W przypadku odpowiedzi „TAK” należy dołączyć kopię zaświadczenia lekarskiego lub orzeczenia.	<ul style="list-style-type: none">• TAK• NIE
Osoba zamieszkująca samotnie. Ja, niżej podpisany oświadczam, iż zamieszkuję samotnie. Miejscowość i data Czytelny podpis uczestnika projektu	

Formularz należy złożyć w siedzibie MGOPS Sępólno lub pracownikowi socjalnemu zaangażowanemu w rekrutację.



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską

