

FORMULARZ REKRUTACYJNY „Zasmakować życia” Nr projektu RPWM.11.02.03-28-0083/19 Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020			
DANE RODZINY			
Skład rodziny: rodzice (imię, nazwisko, wiek)		
dzieci (imię , nazwisko, wiek)		
dziadkowie (imię, nazwisko, wiek)		
Adres zamieszkania			
DANE KONTAKTOWE			
Nr telefonu		E-mail	
Adres do korespondencji			
KRYTERIA OBLIGATORYJNE			
1. Czy Państwa rodzina lub członek rodziny jest zagrożona/y ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
KRYTERIA PUNKTOWE			
1. Z jakich przesłanek rodzina objęta jest wsparciem Ośrodka Pomocy Społecznej?	Proszę wymienić przesłanki:		
2. Czy w skład Państwa rodziny wchodzi osoba z niepełnosprawnością w stopniu znacznym lub umiarkowanym lub z niepełnosprawnością sprzężoną lub z zaburzeniami psychicznymi, w tym z niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
3. Czy Państwa rodzina korzysta z pomocy w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
4. Czy w Państwa rodzinie jest osoba z niepełnosprawnością?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

Projekt „ZASMAKOWAĆ ŻYCIA”

jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

<p>5. Szczególne potrzeby członków rodziny (np. pomoc asystenta osoby z niepełnosprawnością, potrzeba opieki nad osobami zależnymi, pomoc w poruszaniu się, powiększona czcionka w dokumentach, pętla indukcyjna):</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

OŚWIADCZENIA:

Ja niżej podpisany/a, niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Zasmakować życia”.
2. Zgodnie z wymogami zawartymi w ww. Regulaminie spełniam warunki uczestnictwa w projekcie.
3. Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego oświadczam prawdziwość danych zawartych w niniejszym formularzu.

.....
(czytelny podpis przedstawiciela rodziny)

Wypełniony formularz z załącznikami należy złożyć w siedzibie Stowarzyszenia na Rzecz Osób Niepełnosprawnych i Profilaktyki Zdrowia „Jesteśmy Razem” w Górowie Iławeckim, przy ul. Kard. Wyszyńskiego 13 (pokój 111)

UWAGA Złożenie niniejszego Formularza Zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do uczestnictwa w projekcie. Poprawnie wypełniony i złożony Formularz zostanie poddany ocenie Komisji, która biorąc pod uwagę kryteria rekrutacji, zdecyduje o zakwalifikowaniu do projektu.

Projekt „ZASMAKOWAĆ ŻYCIA”

jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego