



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

**FORMULARZ REKRUTACYJNY PROJEKTU
„CIESZYN (AS) RODZINA – KOMPLEKSOVY PROGRAM WSPARCIA
RODZIN”**

OŚ priorytetowa: FESL.07.00, Działanie FESL.07.07

Zaleca się wypełnienie formularza zgłoszeniowego ręcznie – drukowanymi literami, kolorem niebieskim. Wszystkie pola formularza muszą być wypełnione (z wyjątkiem pól zaznaczonych kolorem szarym)

Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem X. Formularz należy w sposób trwały spiąć i opatrzyć podpisem.

CZEŚĆ I. DANE PERSONALNE KANDYDATA/KI

1. Nazwisko i imiona

2. Data i miejsce urodzenia

3. Płeć

4. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Seria i nr dowodu osobistego

6. Nr telefonu kontaktowego i adres poczty elektronicznej

stacjonarnego komórkowego

adres e-mail

8. Sytuacja na rynku pracy

.....



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

CZĘŚĆ II. KRYTERIA DOSTĘPU I REKRUTACJI DO PROJEKTU

1. KRYTERIA FORMALNE

1) Adres zamieszkania

województwo powiat

ulica nr domu/lokalu

miejsowość kod pocztowy

Adres do korespondencji (wypełnić tylko w przypadku jeśli jest inny niż adres zamieszkania)

.....

2) Doświadczanie trudności w wypełnianiu funkcji opiekuńczo-wychowawczych

tak

nie

2. KRYTERIA PREMIUJĄCE UCZESTNICTWO W PROJEKCIE

1) Posiadanie orzeczenia o lekkim stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o częściowej niezdolności do pracy.

tak

nie

2) Posiadanie orzeczenia o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy.

tak

nie

3) Posiadanie orzeczenia o znacznym stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia o niezdolności do samodzielnej egzystencji.

tak

nie



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

4) Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności z symbolem 02-P (niepełnosprawność związana z chorobami psychicznymi).

tak

nie

5) Korzystanie z Programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027.

tak

nie

6) Osoba, której dziecko przebywa w pieczy zastępczej.

tak

nie

3. SPECJALNE POTRZEBY

.....
.....
.....
.....

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis)



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

CZĘŚĆ III. ZGŁOSZENIE DZIECKA/DZIECI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

1. Nazwisko i imię

1) Adres zamieszkania

2) Data i miejsce urodzenia

3) Płeć

4) PESEL

5) Placówka do której uczęszcza dziecko

6) Niepełnosprawność

tak

nie

7) Specjalne potrzeby

.....
.....
.....

2. Nazwisko i imię

1) Adres zamieszkania

2) Data i miejsce urodzenia

3) Płeć

4) PESEL



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

6) Placówka do której uczęszcza dziecko
6) Niepełnosprawność <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7) Specjalne potrzeby
3. Nazwisko i imię
1) Adres zamieszkania
2) Data i miejsce urodzenia
3) Płeć
4) PESEL
7) Placówka do której uczęszcza dziecko
6) Niepełnosprawność <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
7) Specjalne potrzeby

.....
Miejscowość i data

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna
prawnego dziecka)

