



Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Nowej Soli
ul. Staszica 1A, 67-100 Nowa Sól

Ankieta/Formularz rekrutacyjny

do projektu:

„Aktywnie w przyszłość”

Szanowni Państwo,

Dziękujemy za zainteresowanie projektem pn. „Aktywnie w przyszłość” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, Projekt 6, Fundusze Europejskie na wsparcie obywateli, Działanie 6.9 aktywna integracja społeczno – zawodowa.

Informujemy, że złożenie ankiety/formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

Osoby, które zostaną zakwalifikowane do udziału w projekcie będą poinformowane telefonicznie.

Ankieta/formularz prosimy wypełnić czytelnie – drukowanymi literami oraz zaznaczając prawidłową odpowiedź.

Dane podstawowe	Imię i nazwisko	
	PESEL	
Adres zamieszkania	Ulica	
	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Kod pocztowy, miejscowość	
	Obszar zamieszkania: <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski	
	Telefon kontaktowy	
	Adres poczty elektronicznej <small>(proszę podać w przypadku posiadania adresu email)</small>	
Dane dodatkowe	Wykształcenie: <input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne/ ponadpodstawowe (średnie, zawodowe) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe	
	Korzystam z pomocy społecznej w OPS <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
	Jestem osobą pracującą <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy (osoba nieletnia ucząca się)	



<p><i>Jestem osobą bierną zawodowo (osoba nie pracująca, nie poszukująca pracy)</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> osoba nieletnia ucząca się</p>
<p><i>Jestem osobą bezrobotną:</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak - zarejestrowaną w PUP</p> <p><input type="checkbox"/> tak - poszukującą pracy niezarejestrowaną w PUP</p> <p><input type="checkbox"/> nie (osoba nie pracująca, nie poszukująca pracy)</p>
<p><i>Jestem zarejestrowana/ny jako osoba bezrobotna w PUP przez okres:</i></p> <p><input type="checkbox"/> 0-6 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> 6-12 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> powyżej 12 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p>
<p><i>Mam przyznaną rentę inwalidzką/socjalną</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><i>Mam orzeczony stopień niepełnosprawności</i></p> <p><input type="checkbox"/> lekki</p> <p><input type="checkbox"/> umiarkowany</p> <p><input type="checkbox"/> znaczny</p> <p><i>*symbol niepełnosprawności</i></p>
<p><i>Mam orzeczoną przez ZUS niezdolność do pracy</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p><i>Posiadam</i></p> <p><input type="checkbox"/> częściową niezdolność do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> całkowitą niezdolność do pracy</p> <p><input type="checkbox"/> całkowitą niezdolność do pracy oraz samodzielnej egzystencji</p>
<p><i>Jestem pełnoletnim wychowankiem rodziny zastępczej/placówki opiekuńczo-wychowawczej</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Uczę się w systemie:</i></p> <p><input type="checkbox"/> dziennym</p> <p><input type="checkbox"/> zaocznym</p> <p><input type="checkbox"/> wieczorowym</p> <p><input type="checkbox"/> nie uczę się</p>
<p><i>Pełnię funkcję rodziny zastępczej</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> spokrewnionej</p> <p><input type="checkbox"/> niezawodowej</p> <p><input type="checkbox"/> zawodowej</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>



<p><i>Czy w Pani/a rodzinie występuje któryś z poniższych problemów społecznych?</i></p> <ul style="list-style-type: none">• ubóstwo• sieroctwo• bezdomność• bezrobocie• niepełnosprawność• przynależność do mniejszości narodowej lub etnicznej• długotrwała lub ciężka choroba• przemoc w rodzinie• potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi• potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności (np. samotne macierzyństwo)• bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;• trudność w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego• alkoholizm lub narkomania;• zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa• inne niekorzystne sytuacje życiowe <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p> <p><i>Czy w Pani/a rodzinie występuje więcej niż jeden z powyższych problemów społecznych?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Czy jest Pani/Pan objęta/ty wsparciem w ramach projektów systemowych realizowanych przez OHP/PUP/OPS/innym (jakim?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Czy opiekuje się Pani/Pan dzieckiem w wieku poniżej 7 lat lub osobą zależną</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> nie dotyczy</p>
<p><i>Czy pochodzi Pani/Pan z krajów trzecich?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Czy jest Pani/ Pan obcego pochodzenia?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Czy należy Pani//Pan do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Czy jest Pani/Pan osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>
<p><i>Czy jest Pani/Pan wykluczony komunikacyjnie?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie</p>



	<p><i>Czy opuściła Pani/Pan placówki opieki instytucjonalnej?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
	<p><i>Czy opuściła Pani/Pan w terminie ostatnich 12 miesięcy jednostki penitencjarne?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
	<p><i>Czy korzysta Pani/Pan z programu żywnościowego FE PŻ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
Oczekiwania wobec projektu	<p><i>Czy brał/a Pan/Pani udział w projektach realizowanych z EFS przez PCPR w Nowej Soli</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p>
	<p><i>Dlaczego jest Pan/Pani zainteresowana udziałem w projekcie?</i> <i>Jestem zainteresowany/a ponieważ chcę:</i></p> <p><input type="checkbox"/> zdobyć kwalifikacje zawodowe</p> <p><input type="checkbox"/> podjąć zatrudnienie</p> <p><input type="checkbox"/> brać udział w wyjazdach i spotkaniach integracyjnych</p> <p><input type="checkbox"/> brać udział w działaniach o charakterze edukacyjnym</p> <p><input type="checkbox"/> podnieść kompetencje opiekuńczo – wychowawcze</p> <p><input type="checkbox"/> podnieść umiejętności społeczne</p> <p><input type="checkbox"/> poznać nowych ludzi</p> <p><input type="checkbox"/> zmieć swoją dotychczasową sytuację życiową</p> <p><input type="checkbox"/> inne (jakie?)</p>
	<p><i>Czy posiada Pan/i wystarczające kwalifikacje zawodowe do podjęcia zatrudnienia?</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p><i>Czy jest Pan/Pani zainteresowany/a udziałem w aktywizacji o charakterze zawodowym (kursy zawodowe)</i></p> <p><input type="checkbox"/> tak</p> <p><input type="checkbox"/> nie</p> <p><input type="checkbox"/> nie dotyczy</p> <p><i>Jeżeli tak, jakie kursy/szkolenia chciałaby/by Pani/Pan ukończyć?</i></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
	<p><i>Co możemy zrobić aby Pan/Pani czuł/a się u nas komfortowo:</i></p> <p><input type="checkbox"/> budynek bez barier architektonicznych (wejście na poziomie terenu wokół budynku, wyposażenie w pochylnie, podnośnik lub windę),</p> <p><input type="checkbox"/> przygotowanie materiałów z większą czcionką niż standardowo,</p> <p><input type="checkbox"/> tłumacz polskiego języka migowego (PJM),</p> <p><input type="checkbox"/> materiały w alfabecie braila,</p> <p><input type="checkbox"/> pętla indukcyjna,</p> <p><input type="checkbox"/> wsparcie asystenta np. osoby niewidomej, osoby głuchoniemej, osoby z niepełnosprawnością ruchową,</p>



	<input type="checkbox"/> <i>zapewnienie warunków dla psa asystującego,</i> <input type="checkbox"/> <i>specjalne potrzeby żywieniowe (jakie)</i> <input type="checkbox"/> <i>inne</i>
	<i>Jakie zajęcia/spotkania/warsztaty o charakterze społecznym lub edukacyjnym w szczególności Panią/Pana interesują?</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Oświadczam, że dane zawarte w ankiecie są prawdziwe.

.....
/data, czytelny podpis kandydata (opiekuna faktycznego)

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych w PCPR w Nowej Soli. Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych, w związku ze zgłoszeniem uczestnictwa do projektu „Aktywnie w przyszłość” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, Projekt 6, Fundusze Europejskie na wsparcie obywateli, Działanie 6.9 aktywna integracja społeczno – zawodowa, na potrzeby przeprowadzenia przez PCPR we Nowej Soli rekrutacji Uczestników Projektu.

.....
/miejsowość, data, czytelny podpis kandydata (opiekuna faktycznego)/