

Załącznik nr 1a ANKIETA REKRUTACYJNA – do Regulaminu rekrutacji projektu  
„BSSM wspiera Ciebie i Twoje otoczenie w poprawie życia”

### ANKIETA REKRUTACYJNA DOROSŁEJ OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ / NIESAMODZIELNEJ

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)	
Data urodzenia	
Miejsce zamieszkania - zgodnie z art. 25 ustawy z 23 kwietnia 1964r. kodeks cywilny (Dz. Ust. Nr 16, poz. 93. z późn. zm.) jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.	Gmina: .....  Miejscowość: .....  ulica/nr .....
Nr tel. kontaktowego	
Status osoby na rynku pracy (można zakreślić X więcej niż 1 wybór)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy; <input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna; <input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy; <input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo; <input type="checkbox"/> Emeryt/rencista; <input type="checkbox"/> Osoba pracująca.
<b>KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE – właściwe zaznaczyć „X”</b>	
Kryterium	Spełnia / Nie spełnia Liczba punktów
Jestem osobą, która ukończyła 60 rok życia	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Miejsce zamieszkania w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu Brzeskiego	<input type="checkbox"/> Brzeg: 0, <input type="checkbox"/> poza Brzegiem + 4
Jestem osobą z niepełnosprawnością, to jest: a) osobą niepełnosprawną w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), b) osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2016r., poz. 546, z późn. zm.),	Stopień: <input type="checkbox"/> znaczny + 4, <input type="checkbox"/> umiarkowany + 2, <input type="checkbox"/> współistniejące choroby przewlekłe + 2
Posiadam orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności wydane przez upoważniony organ/w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi inny dokument poświadczający stan zdrowia wydany przez lekarza	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jestem osobą niesamodzielną, tj. osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (wg skali Barthel)	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Jestem osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo	TAK <input type="checkbox"/> + 4 NIE <input type="checkbox"/>
W okresie poprzedzającym nabór do projektu osiągam dochód poniżej 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie o którym mowa w Ustawie z 12.03.2004 o pomocy społecznej <sup>1</sup>	TAK <input type="checkbox"/> + 4 NIE <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> tj. 951 zł (150% właściwego kryterium dochodowego) w przypadku osoby samotnie gospodarującej, której dochód nie przekracza kwoty 634 złotych lub dochód nie przekracza 771 zł (150% kryterium dochodowego) w przypadku osób w rodzinie, w której dochód na osobę przekracza kwoty 514 zł.



Jestem osobą niepełnosprawną (lub osobą z zaburzeniami psychicznymi ) zamieszkującą w lokalu wymagającym dostosowania pod kątem ON		TAK <input type="checkbox"/> + 4 NIE <input type="checkbox"/>
Suma punktów (maksimum 22)		
Indywidualna ocena sytuacji materialnej i życiowej sporządzona na podstawie ankiety, wywiadu, informacji z instytucji opieki społecznej		
Ewentualnie Dokumentacja medyczna do wglądu lekarzowi członkowi Komisji Rekrutacyjnej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Osoba korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

### OŚWIADCZENIE

- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności prawnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą i ze stanem faktycznym, równocześnie zobowiązuję się poinformować BSSM w sytuacji zmiany jakichkolwiek danych.
- Oświadczam, że jestem osobą wymagającą opieki lub wsparcia w związku niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.
- Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie, akceptuję jego treść oraz zobowiązuję się do przestrzegania jego zapisów. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu w trakcie trwania projektu i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami Regulaminu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(czytelny podpis Kandydata/ki)

Decyzja Komisji Rekrutacyjnej o zakwalifikowaniu do projektu:		TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
W przypadku odmowy uzasadnienie:		
Podpisy członków Komisji		
Brzeg dnia .....		

W przypadku negatywnej decyzji Komisji Rekrutacyjnej, co do przyjęcia kandydata/ki do projektu, służy osobie odwołanie w formie pisemnej (na adres Brzeskiego Stowarzyszenia Chorych na SM, ul. 1-go Maja, 49-300 Brzeg) w okresie do 14 dni roboczych od dnia powiadomienia. W przypadku odwołania, decyzję ostateczną podejmuje koordynator projektu:

Decyzja Koordynatora	Przyjąć do projektu: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Data i podpis koordynatora:	