*Załącznik nr 1*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię (imiona) |  | | | | |
| Nazwisko |  | | | | |
| Płeć | 🞐 Kobieta 🞐Mężczyzna | | | | |
| Miejscowość |  | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  | | |
| Kod pocztowy |  | Poczta |  | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | |
| Osoba potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | | | | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba korzystająca ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z Ustawą z dnia 12.03.2004r o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj spełniająca co najmniej jedną z przesłanek określone **w art. 7 ustawy** | | | | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba lub rodzina korzystające ze wsparcia w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa | | | | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia | | | | 🞐Tak | 🞐 Nie |
| Osoby, których dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, uwzględniać będziemy sytuację materialną potencjalnych uczestników projektu oraz ich opiekunów faktycznych | | | | 🞐Tak | 🞐 Nie |

…………………….…………… ……………………………………………………….

(Miejscowość, data) (Czytelny podpis)

Do formularza rekrutacyjnego należy załączyć :

1. Oświadczenie o zamieszkiwaniu na terenie Gminy Stolno – załącznik nr 2
2. Zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie o spełnianiu kryterium bycia osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – załącznik nr 3

3. Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa - załącznik nr 4

4. Klauzula informacyjna- rekrutacja- załącznik nr 5