*Załącznik nr 1*

Umowa nr UM\_WR.433.3.008.2024

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**do Klubu Samopomocy w ………………………………….**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Miejscowość |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy  |  | Poczta |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Osoba potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu  | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba z zaburzeniami psychicznymi | 🞐Tak | 🞐 Nie |
| Osoba z niepełnosprawnością intelektualną | 🞐Tak | 🞐 Nie |
| Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | 🞐Tak | 🞐 Nie |
| Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina | 🞐 Tak | 🞐 Nie |
| Osoba zamieszkująca samotnie | 🞐Tak | 🞐 Nie |

…………………….…………… …………………………………………………………….

 (Miejscowość, data) (Czytelny podpis)

Do formularza rekrutacyjnego należy załączyć :

1. klauzula informacyjna (załącznik nr 2),
2. oświadczenie o potrzebie wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (załącznik nr 3) – jeśli dotyczy,
3. oświadczenie o korzystaniu z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (indywidualnie lub jako rodzina) (załącznik nr 4) – jeśli dotyczy,
4. oświadczenie, że jest się osobą zamieszkującą samotnie (załącznik nr 5) – jeśli dotyczy.