*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.