



FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU „AKTYWNY SENIOR W GMINIE OLECKO”

Wszystkie rubryki prosimy wypełnić **czytelnie, drukowanymi literami**, a następnie dostarczyć do **sekretariatu** Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Olecku lub do **Dziennego Domu Pobytu Senior+ w Olecku**.

UWAGA: wszystkie pola w kolorze białym są wymagane!

DANE UCZESTNIKÓW INDYWIDUALNYCH

Lp.	Nazwa	Odpowiedź
1.	Kraj	Polska
2.	Rodzaj uczestnika	indywidualny, w tym: <input type="checkbox"/> senior w wieku 60+ <input type="checkbox"/> opiekun osoby starszej lub zależnej
3.	Nazwa instytucji	<input type="checkbox"/> uczestnik/czka Dziennego Domu Pobytu Senior+ w Olecku
4.	Imię	
5.	Nazwisko	
6.	PESEL	
7.	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
8.	Wiek w chwili przystępowania do projektu	_____ (podać ukończone lata)
9.	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> Podstawowe (dotyczy osób, które ukończyły szkołę podstawową) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły gimnazjum) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (dotyczy osób, które ukończyły Liceum ogólnokształcące, Liceum profilowane, Technikum, Uzupełniające liceum ogólnokształcące, Technikum uzupełniające lub Zasadniczą szkołę zawodową) <input type="checkbox"/> Policealne (dotyczy osób, które ukończyły szkołę policealną) <input type="checkbox"/> Wyższe (dotyczy osób, które posiadają wykształcenie wyższe, uzyskały tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora)
10.	Województwo	<input type="checkbox"/> Warmińsko-Mazurskie <input type="checkbox"/> (inne)
11.	Powiat	<input type="checkbox"/> Olecki <input type="checkbox"/> (inny)
12.	Gmina	<input type="checkbox"/> Olecko <input type="checkbox"/> (inna)
13.	Miejscowość	
14.	Ulica	
15.	Nr budynku	
16.	Nr lokalu	
17.	Kod pocztowy	
18.	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	<input type="checkbox"/> obszar o średniej gęstości – kod 2 (miasto Olecko) <input type="checkbox"/> obszar słabo zaludniony – kod 3 (tereny wiejskie)
19.	Telefon kontaktowy	
20.	Adres e-mail	



21.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	(wypełnia MOPS)
22.	Data zakończenia udziału w projekcie	(wypełnia MOPS)
23. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU		
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która nie jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy Osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia, która jest zarejestrowana w rejestrze urzędu pracy jako bezrobotna, zgodnie z zapisami ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. <i>Osoba zaznaczająca powyższy status musi dostarczyć zaświadczenie z urzędu pracy.</i>		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
W tym długotrwale bezrobotna Osoba, która pozostaje bezrobotna nieprzerwanie przez okres: ▪ ponad 6 miesięcy w przypadku osób w wieku poniżej 25 lat ▪ ponad 12 miesięcy w przypadku osób w wieku 25 lat i więcej.		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba bierna zawodowo Bierni zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Za biernych zawodowo uznaje się m. in. studentów studiów stacjonarnych. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym, jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), uznawane są za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (<i>wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo</i>).		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
▪ W tym osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
▪ W tym osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
24. Osoba pracująca		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
w tym:		
▪ Osoba pracująca w administracji rządowej		<input type="checkbox"/>
▪ Osoba pracująca w administracji samorządowej		<input type="checkbox"/>
▪ Osoba pracująca w MMŚP		<input type="checkbox"/>
▪ Osoba pracująca w organizacji pozarządowej		<input type="checkbox"/>
▪ Osoba prowadząca działalność na własny rachunek		<input type="checkbox"/>
▪ Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		<input type="checkbox"/>
▪ Inne		<input type="checkbox"/>
25. Wykonywany zawód - zaznacz właściwą kratkę z poniższych kategorii		
▪ Instruktor praktycznej nauki zawodu		<input type="checkbox"/>
▪ Nauczyciel kształcenia ogólnego		<input type="checkbox"/>
▪ Nauczyciel wychowania przedszkolnego		<input type="checkbox"/>
▪ Nauczyciel kształcenia zawodowego		<input type="checkbox"/>
▪ Pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia		<input type="checkbox"/>
▪ Kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej		<input type="checkbox"/>
▪ Pracownik instytucji rynku pracy		<input type="checkbox"/>
▪ Pracownik instytucji szkolnictwa wyższego		<input type="checkbox"/>
▪ Pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej		<input type="checkbox"/>
▪ Pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej		<input type="checkbox"/>
▪ Pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej		<input type="checkbox"/>
▪ Rolnik		<input type="checkbox"/>
▪ Inny		<input type="checkbox"/>
26. Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia): Należy podać nazwę przedsiębiorstwa / instytucji, w której uczestnik jest zatrudniony		



27.	Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie [pkt 27 - 32 wypełnia MOPS]		
29.	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
30.	Rodzaj przyznanego wsparcia		
31.	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu		
32.	Data zakończenia udziału we wsparciu		
33.	Korzystanie z PO PŻ		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Korzystanie ze świadczeń MOPS w Olecku		<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
	Jeśli Tak to z jakich przestaneł:		
	<input type="checkbox"/> Ubóstwa	<input type="checkbox"/> Sieroctwa	<input type="checkbox"/> Bezdomności
	<input type="checkbox"/> Bezrobocia	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Długotrwałej lub ciężkiej choroby
34.	<input type="checkbox"/> Przemocy w rodzinie	<input type="checkbox"/> Potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi	
	<input type="checkbox"/> Potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności	<input type="checkbox"/> Bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych i wielodzietnych	
	<input type="checkbox"/> Trudności w integracji cudzoziemców	<input type="checkbox"/> Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego	
	<input type="checkbox"/> Alkoholizmu lub narkomanii	<input type="checkbox"/> Zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej	<input type="checkbox"/> Klęski żywiołowej lub ekologicznej
35.	Opieka nad osobą zależną	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
36.	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	
37.	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
38.	Osoba z niepełnosprawnościami (dana wrażliwa)	<input type="checkbox"/> TAK [stopień <input type="checkbox"/> lekki, <input type="checkbox"/> umiarkowany, <input type="checkbox"/> znaczny, <input type="checkbox"/> osoba z niepełnosprawnościami sprzężonymi, <input type="checkbox"/> niepełnosprawność intelektualna, <input type="checkbox"/> osoba z zaburzeniami psychicznymi] <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	
	Niepełnosprawność członka rodziny	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
39.	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmawiam podania informacji	
Proszę opisać specjalne potrzeby (np. potrzeby wynikające z niepełnosprawności lub gdy są efektem innych przyczyn)			
.....			
.....			

.....
(miejsce i data)

.....
czytelny podpis