



**FORMULARZ REKRUTACYJNY OSOBY Z OTOCZENIA KANDYDATA/KANDYDATKI PROJEKTU  
OBJĘTEGO GRANTEM**

**„Aktywni włocławianie razem dla zdrowia i przyrody”** realizowany jest przez **„Ligę Ochrony Przyrody Okręg we Włocławku”** w ramach LSR na lata 2016-2023 LGD Miasto Włocławek, w ramach RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa: 11. Wzrost aktywizacji społeczno-zawodowej mieszkańców objętych Lokalnymi Strategiami Rozwoju, Działanie 11.1: Włączenie społeczne na obszarach objętych LSR. Dofinansowanie projektu z EFS wynosi: **47240,00 zł**

Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu

Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ)	
Data, miejsce i godzina przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**Dane osobowe osoby z otoczenia**

Dane osobowe	1.	Imię (imiona)										
	2.	Nazwisko										
	3.	PESEL										
	4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta					<input type="checkbox"/> Mężczyzna				
Dane kontaktowe	5.	Ulica										
	6.	Nr domu										
	7.	Nr lokalu										
	8.	Miejscowość										
	9.	Obszar zamieszkania (należy wstawić X w odpowiednim polu)	Obszar miejski <input type="checkbox"/>									
			Obszar wiejski <input type="checkbox"/>									
	10.	Kod pocztowy										
	11.	Województwo										
	12.	Powiat										
13.	Gmina											

	14.	Telefon kontaktowy			
	15.	Adres poczty elektronicznej			
Wykształcenie	Wyższe				<input type="checkbox"/>
	Policealne				<input type="checkbox"/>
	Ponadgimnazjalne				<input type="checkbox"/>
	Gimnazjalne				<input type="checkbox"/>
	Podstawowe				<input type="checkbox"/>
	Niższe niż podstawowe				<input type="checkbox"/>
<i>Status osoby z otoczenia</i>					
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	Bezrobotny		<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy				
	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> inne		
	Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy				
	<input type="checkbox"/> Osoba długotrwale bezrobotna		<input type="checkbox"/> inne		
	Osoba bierna zawodowo		<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się		<input type="checkbox"/> inne
Osoba pracująca		<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE	

		<input type="checkbox"/> Osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> Osoba pracująca MMŚP (mikro, małym, średnim przedsiębiorstwie) <input type="checkbox"/> Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> Inne			
		Wykonywany zawód:			
		Nazwa instytucji/podmiotu/w której osoba jest zatrudniona:			
Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	Szczególna sytuacja osoby	STATUS			
		Osoba należąca do mniejszości narodowej, etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
		Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkania	<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
		Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
		Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

### Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym

Otoczenie osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	osoby spokrewnione lub niespokrewnione z osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące, a także inne osoby z najbliższego środowiska osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/>
	osoby, których udział w projekcie jest niezbędny dla skutecznego wsparcia osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym	<input type="checkbox"/>
	osoby sprawujące rodzinną pieczę zastępczą lub kandydaci do sprawowania rodzinnej pieczy zastępczej,	<input type="checkbox"/>
	osoby prowadzące rodzinne domy dziecka i dyrektorzy placówek opiekuńczo-wychowawczych typu rodzinnego.	<input type="checkbox"/>

#### Oświadczenia:

- Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego projektu objętego grantem w ramach Projektu grantowego LGD Miasto Włocławek.
- Wszelkie informacje zawarte w Formularzu są prawdziwe i zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Znane mi są skutki składania fałszywych oświadczeń wynikające z art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. z 2016 r. poz. 1137).
- Oświadczam, że będę aktywnie uczestniczył/ła w zadaniach i zajęciach programu realizowanego w ramach projektu objętego grantem przeznaczonych dla osób z otoczenia.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, na zasadach określonych w *Oświadczeniu uczestnika projektu objętego grantem*.

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby z otoczenia kandydata/kandydatki projektu objętego grantem<sup>1</sup>

<sup>1</sup> W przypadku osoby małoletniej umowa powinna zostać podpisana przez jej prawnego opiekuna.