



(załącznik nr 1b)

**Bytom, dn.**

miejsowość i data sporządzenia

**Kwestionariusz rekrutacyjny dla uczestników z otoczenia realizujących umowy reintegracyjne w ramach projektu „S.O.S dla dzielnicy Bobrek – aktywizacja zawodowa i społeczna” 9.1.3 OSI RPO WSL 2014-2020**

**I. Informacje ogólne**

1. Imię i nazwisko: .....

2. Data urodzenia: .....

3. Dokument potwierdzający tożsamość:

Dowód osobisty

Paszport

Legitymacja szkolna

Inny, jaki?

4. PESEL: .....

5. Numer i seria dowodu osobistego: .....

6. Adres zamieszkania: .....

7. Adres zameldowania: .....

8. Telefon: .....

9. Adres e-mail: .....

10. Pochodzenie etniczne ..... \*

11. Uchodźca: Tak/Nie, jeżeli tak, to proszę wpisać kraj pochodzenia ..... \*

**II. Kryteria uczestnictwa w projekcie:**

**A. Kryterium przynależności do otoczenia osób zagrożonych wykluczeniem społecznym (realizujących IPZS) (dostępny/obligatoryjne):**

1. Kandydat/ka jest spokrewniony/a z osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym, realizującą IPZS w projekcie i/lub pozostaje w relacji/udziela wsparcia:

Tak

Nie

rodzaj pokrewieństwa.....

\*kandydat/ka może odmówić udzielenia odpowiedzi na pytanie.



2. Kandydat/ka zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą zagrożoną wykluczeniem społecznym, realizującą IPZS w projekcie:

Tak

Nie

Imię i nazwisko uczestnika/czki realizującej IPZS .....

**B. Miejsce zamieszkania/pobytu i/lub związanie z obszarem rewitalizacji (dostępu/obligatoryjne):**

1. Adres zameldowania/pobytu znajduje się w obszarze rewitalizacji:

Tak

Nie

w tym na obszarze wiązki 2 (Bobrek):

Tak

Nie

Związanie z obszarem rewitalizacji:

2. Udzielanie wsparcia osobie zagrożonej wykluczeniem społecznym, realizującej IPZS w projekcie, zamieszkującej na obszarze rewitalizacji:

Tak

Nie

3. Udzielanie wsparcia innymi osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym, zamieszkującym na obszarze rewitalizacji:

Tak

Nie

4. Korzystanie z usług edukacyjnych instytucji zlokalizowanych na obszarze rewitalizacji (w tym edukacja dzieci).

Tak

Nie

5. Korzystanie z usług społecznych świadczonych przez instytucje/jednostki zlokalizowane na obszarze rewitalizacji (MOPR, Terenowe Punkty Pomocy Środowiskowej, świetlice środowiskowe, domy dziennego wsparcia, domy dziennego pobytu, itp.).

Tak

Nie

6. Korzystanie z usług zdrowotnych świadczonych przez jednostki zlokalizowane na obszarze rewitalizacji (przychodnie, szpitale, gabinety rehabilitacyjne itp.).

Tak

Nie

7. Korzystanie z oferty kulturalnej instytucji zlokalizowanych na obszarze rewitalizacji (BCK, biblioteki, kina, domy kultury itp.):

Tak

Nie



8. Załatwianie spraw urzędowych na obszarze rewitalizacji:

Tak

Nie

**C. Podleganie kryteriom wykluczenia, np. z ustawy o pomocy społecznej, PO PŻ (nieobligatoryjne):**

1. Korzystanie ze świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (np. zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc na usamodzielnienie i kontynuowanie nauki, wynagrodzenie należne opiekunowi z tytułu sprawowania opieki przyznane przez sąd)

Tak

Nie

2. Korzystanie ze świadczeń niepieniężnych z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (np. praca socjalna, bilet kredytowany, pomoc rzeczowa, składki na ubezpieczenie zdrowotne/społeczne, pomoc rzeczowa w tym na ekonomiczne usamodzielnienie, poradnictwo specjalistyczne, posiłek, pomoc w formie usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych, pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, itp.)

Tak

Nie

3. Kwalifikowanie się do objęcia wsparciem przez pomoc społeczną, tj. spełnianie co najmniej jednej z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (między innymi: ubóstwo; sieroctwo; bezdomność; bezrobocie; niepełnosprawność; długotrwała lub ciężka choroba; przemoc w rodzinie; potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietności; bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego (zwł. w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych), trudności w integracji cudzoziemców, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, alkoholizm lub narkomania, itp.).\*

Tak

Nie

4. Korzystanie ze wsparcia ze względu na opuszczenie pieczy zastępczej, w oparciu o ustawę z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Tak

Nie

\* kandydat/ka może odmówić udzielenia odpowiedzi na pytanie.



5. Korzystanie z wsparcia ze względu na przeżywanie trudności w pełnieniu funkcji opiekuńczo-wychowawczych, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej.

Tak  Nie

6. Podleganie zastosowanym środkom zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości zgodnie z ustawą z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (osoby niepełnoletnie).

Tak  Nie

7. Niepełnosprawność, w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (potwierdzona odpowiednim orzeczeniem). \*

Tak  Nie

8. Bezdomność lub wykluczenie z dostępu do mieszkań. \*

Tak  Nie

9. Korzystanie z pomocy żywnościowej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020 (np. paczki żywnościowe, posiłki)

Tak  Nie

Podleganie innym kryteriom  
wykluczenia (jakim? proszę wpisać)

10. Czy kandydat/kandydatka podlega wielokrotnemu wykluczeniu, tj. spełnia co najmniej 2 kryteria wykluczenia wskazane w punkcie II.C (np. z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, PO PŻ 2014-2020) (nieobligatoryjne):

Tak  Nie

\* kandydat/ka może odmówić udzielenia odpowiedzi na pytanie.



**D. Gotowość uczestnictwa w projekcie (nieobligatoryjne):**

1. Proszę określić poziom Pana/i motywacji do uczestniczenia w projekcie (deklarowana motywacja):

niska  przeciętna  wysoka

**III. Wykształcenie**

Brak   
 Podstawowe   
 Gimnazjalne   
 Zawodowe   
 Średnie   
 Policealne   
 Wyższe

Zawód wyuczony

**IV. Sytuacja zawodowa**

1. Doświadczenie zawodowe

2. Ilość przepracowanych lat

3. Stanowisko/rodzaj wykonywanych czynności

4. Bezrobocie Tak  od kiedy?  Nie

4a. Status osoby długotrwale bezrobotnej Tak  Nie

4b. Osoba zarejestrowana w PUP Tak  Nie



5. Bierna zawodowo

Tak

Nie

6. Pracująca zawodowo

Tak

Nie

Jeżeli tak, to proszę podać:

Rodzaj przedsiębiorstwa/podmiotu (mały, średni, duży, administracja/firma prywatna itp.)

.....

Wykonywany zawód/stanowisko .....

Nazwa przedsiębiorstwa/podmiotu .....

### V. Stan zdrowia

1. Samoocena stanu zdrowia

2. Niepełnosprawność \*

Tak

stopień lekki:

Nie

umiarkowany

znaczny

2a. Rodzaj dokumentu  
potwierdzającego  
niepełnosprawność

2b. Przyczyna  
niepełnosprawności

3. Inne kwestie, jakie?

\* kandydat/ka może odmówić udzielenia odpowiedzi na pytanie.



## VI. Informacje socjalno-finansowe

1. Kurator Tak  Nie

2. Zobowiązania finansowe Tak  Nie

Alimenty

Komornik

Inne, jakie?

proszę wpisać

### 3. Subiektywna ocena własnej sytuacji finansowej

Bardzo dobra

Dobra

Przeciętna (średnia)

Zła

Bardzo zła

### 4. Dotychczasowe źródło utrzymania

Praca dorywcza

Zasiłek

Pomoc ze strony rodziny

Inne, jakie?

proszę wpisać

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2019, poz. 1781 t.j.) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).*

Data i podpis kandydata



OCENA:

(Skala opisowa: poziom niski/ poziom przeciętny/ poziom wysoki)

Rekrutujący

Motywacja

Potencjał

Rokowania


UWAGI

--

Podpisy osób rekrutujących:

--

--

--





Bytom, dn. ....

.....  
imię i nazwisko

.....  
miejsce zamieszkania

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że spełniam kryterium/a osoby zagrożonej ubóstwem lub wykluczeniem społecznym na podstawie: ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej/ ustawy z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich/orzeczonej niepełnosprawności/bezdomności i wykluczenia z dostępu do mieszkań/korzystania z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014- 2020/innych kryteriów .....\* zgodnie z informacjami podanymi w kwestionariuszu rekrutacyjnym.

Ponadto oświadczam, iż moje miejsce zamieszkania znajduje się na obszarze rewitalizacji miasta Bytom/jestem związany z obszarem rewitalizacji miasta Bytom\* i deklaruje gotowość do wzięcia udziału w projekcie zgodnie z informacjami podanymi w kwestionariuszu rekrutacyjnym.

Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego (Dz. U. z 1997 r. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.) oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....  
podpis

\* niepotrzebne skreślić