



(załącznik nr 3a)

Bytom, dn.

miejsowość i data sporządzenia

**Kwestionariusz rekrutacyjny dla uczestników realizujących IPZS 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. PESEL:
4. Numer i seria dowodu osobistego:
5. Adres zamieszkania:
-
6. Adres zameldowania:
-
7. Telefon:
8. Adres e-mail:
9. Skierowanie do realizacji IPZS:

MOPR

PUP

II. Kryteria uczestnictwa w projekcie:

A. Kryteria wykluczenia z art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym (dostęp/obligatoryjne):

1. Bezrobocie *	Tak	<input type="checkbox"/>	od kiedy?	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
2. Bezdomność lub wykluczenie z dostępu do mieszkań**	Tak	<input type="checkbox"/>	od kiedy?	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
3. Zakład karny *	Tak	<input type="checkbox"/>	rok opuszczenia	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
4. Uzależnienie *	Tak	<input type="checkbox"/>	rok ukończenia terapii	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
5. Choroba psychiczna *	Tak	<input type="checkbox"/>	jednostka chorobowa	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
6. Uchodźca *	Tak	<input type="checkbox"/>	kraj pochodzenia	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
7. Niepełnosprawność *	Tak	<input type="checkbox"/>	stopień lekki:	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>
			umiarkowany	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
			znaczny	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
8. Inne wynikające z ustawy*	Tak	<input type="checkbox"/>	jakie?	<input type="checkbox"/>	Nie	<input type="checkbox"/>

** Wyjaśnienie dot. wykluczenia z dostępu do mieszkań: niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą). Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).



przyczyna niepełnosprawności:

rodzaj dokumentu potwierdzającego niepełnosprawność

9. Pochodzenie etniczne *(wpisać).....

* kandydat/ka może odmówić udzielenia odpowiedzi na pytanie.

B. Inne kryteria 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), alkoholizm lub narkomania, itp.).*

Tak

Nie

4. 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

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

Tak

Nie

* kandydat/ka może odmówić udzielenia odpowiedzi na pytanie.



Podleganie innym kryteriom
wykluczenia (jakim? proszę wpisać)

6. Czy kandydat/kandydatka podlega wielokrotnemu wykluczeniu, tj. spełnia co najmniej 2 kryteria z ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym i/lub inne kryterium wykluczenia wskazane w punkcie II.B (np. z ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, PO PŻ 2014-2020) (nieobligatoryjne):

Tak

Nie

C. 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. Miejsce zamieszkania krewnych/osób z bezpośredniego otoczenia udzielających wsparcia kandydatowi/kandydatce znajduje się w obszarze rewitalizacji:

Tak

Nie

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

Tak

Nie

4. 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

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

Tak

Nie



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

Tak

Nie

7. Załatwianie spraw urzędowych na obszarze rewitalizacji:

Tak

Nie

III. Wykształcenie

Brak

Podstawowe

Gimnazjalne

Zawodowe

Średnie

Policealne

Wyższe

Zawód wyuczony

IV. Sytuacja zawodowa

1. Aktualna sytuacja na rynku pracy:

1.1. Bezrobotny/a

Tak

Nie

1.1.a Bezrobotny/a zarejestrowany/a w PUP

Tak

Nie

1.1.b Bezrobotny/a długotrwale

Tak

Nie

1.2. Bierny/a zawodowo

Tak

Nie

1.3. Osoba pracująca

Tak

Nie

Jeżeli tak, to proszę podać:

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

.....

Wykonywany zawód/stanowisko

Nazwa przedsiębiorstwa/podmiotu



2. Doświadczenie zawodowe

3. Ilość przepracowanych lat

4. Dotychczasowe działania podejmowane w zakresie aktywizacji społeczno-zawodowej (w tym udział w projektach, szkoleniach itp.):

5. Dotychczasowe sposoby poszukiwania pracy

PUP

Internet

Prasa

Znajomi/Rodzina

Inne

jakie?

V. Subiektywna ocena stanu zdrowia

1. Stan zdrowia

2. Dolegliwości

3. Przeciwwskazania do wykonywania pracy:

Tak

Nie

Jeżeli tak, to jakie?



VI. Sytuacja rodzinna

1. Stan cywilny:

Żonaty/Zamężna

Wdowiec/Wdowa

Panna/Kawaler

Konkubent/Konkubina

Rozwodnik/Rozwódka

2. Dzieci:

Tak

Nie

jeżeli tak:

	Imię i nazwisko dziecka	Data urodzenia dziecka
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

3. Skład prowadzonego gospodarstwa domowego:



VII. 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



VIII. Motywacja

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

niska przeciętna wysoka

2. Jak trafił/trafiła Pan/Pani do projektu realizowanego przez CIS?

MOPR Samodzielne poszukiwania Znajomi/Rodzina
PUP Inne, jakie? proszę wpisać

3. Motywacja/ chęć uczestnictwa w projekcie:

Zewnętrzna

Finanse
Skierowanie przez instytucje

Wewnętrzna:

Chęć aktywizacji społecznej
Chęć aktywizacji zawodowej
Nabycie nowych umiejętności
Nabycie doświadczenia

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	<input type="text"/>
	Potencjał	<input type="text"/>
	Rokowania	<input type="text"/>

UWAGI

Wstępny przydział do pracowni na pierwszy miesiąc realizacji IPZS:

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 13 czerwca 2003r. o zatrudnieniu socjalnym/ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej/ ustawy z dnia 9 czerwca 2011 r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej/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* 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