**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

|  |
| --- |
| 1. **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU**
 |
| IMIĘ/IMIONA | NAZWISKO |
|  |  |
| PESEL | PŁEĆ |
|  | □ kobieta | □ mężczyzna |
| ADRES ZAMIESZKANIA (ulica i numer domu, lokalu) |
|  |
| KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ | GMINA |
|  |  |
| POWIAT | WOJEWÓDZTWO |
|  |  |
| E-MAIL | TELEFON KONTAKTOWY |
|  |  |
| WYKSZTAŁCENIE |
| * niższe niż podstawowe
* podstawowe
 | * gimnazjalne
* ponadgimnazjalne
 | * policealne
* wyższe
 |
| STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU |
| * Osoba bezrobotna, zarejestrowana w PUP*(Zaznaczając powyższą odpowiedź należy dołączyć do formularza zaświadczenie z PUP)*
 | * w tym długotrwale bezrobotna
 |
| * Osoba bezrobotna niezarejestrowana w PUP*(Zaznaczając powyższą odpowiedź należy dołączyć do formularza zaświadczenie z ZUS w zakresie braku odprowadzania składek na dzień przystąpienia do projektu)*
 |
| * Osobą pracującą sprawująca opiekę na dzieckiem do lat 3*(Zaznaczając powyższą odpowiedź należy dołączyć do formularza zaświadczenie od pracodawcy o zatrudnieniu)*
 |
| * Osoba przebywająca na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim sprawująca opiekę na dzieckiem do lat 3*(Zaznaczając powyższą odpowiedź należy dołączyć do formularza zaświadczenie od pracodawcy o przebywaniu na urlopie wraz ze wskazaniem rodzaju urlopu i terminu)*
 |
| * Osoba bierna zawodowo/ przebywająca na urlopie wychowawczym*(Zaznaczając tę odpowiedź należy dołączyć do formularza zaświadczenie z ZUS w zakresie braku odprowadzania składek na dzień przystąpienia do projektu)*
 |
| ***Zaświadczenie z ZUP/ PUP uznaje się za ważne przez okres 30 dni od dnia jego wydania. Oznacza to, że uczestnik nie może otrzymać pierwszej formy wsparcia później niż 30 dni od dnia wystawienia zaświadczenia, chyba że przedstawi nowe zaświadczenie.*** |
| OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI[[1]](#footnote-1) | OSOBA W INNEJ NIEKORZYSTNEJ SYTUACJI SPOŁECZNEJ (np. wykształcenie na poziomie niższym niż podstawowe, byli więźniowie, narkomani) |
| * Tak
* Nie
* Odmawiam podania danych
 | * Tak
* Nie
* Odmawiam podania danych
 |

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań |
| * Tak
* Nie
* Odmawiam podania danych
 | * Tak
* Nie
 |

|  |
| --- |
| 1. **KRYTERIA DOSTĘPU**
 |
| * osoba opiekująca się dzieckiem z niepełnosprawnością

*(Zaznaczając tę odpowiedź należy dołączyć orzeczenie o niepełnosprawności)* | 10 pkt |
| * min 1 rodzic/opiekun prawny jest osobą niepełnosprawną

*(Zaznaczając tę odpowiedź należy dołączyć kserokopię Orzeczenia o niepełnosprawności za zgodność z oryginałem zg z ust z 27.08.1997 o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu ON lub ustawą z 19.08.2014 r o ochronie zdrowia psychicznego)* | 10 pkt |
| * praca zawodowa obojga rodziców/opiekunów prawnych
 | 7 pkt |
| * wielodzietność w rodzinie
 | 5 pkt |
| * osoba samotnie wychowująca dziecko
 | 5 pkt |
| * os, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego zgodnie z ust z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej
 | 5 pkt |
| 1. **INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA ZGŁASZANEGO DO ŻŁOBKA PRZEZ UCZESTNIKA PROJEKTU**
 |
| Imię/imiona dziecka |  |
| Nazwisko dziecka |  |
| Data urodzenia dziecka |  |
| Dziecko będzie uczęszczać do żłobka od dnia: |  |
| Przewidywany dzienny czas pobytu dziecka | Od godz. ................ do godz. .................... |
| Czy dziecko posiada orzeczenie/a z poradni psychologiczno-pedagogicznej | * Tak
* Nie
 |
| Czy dziecko posiada orzeczenie/a o niepełnosprawności | * Tak
* Nie
 |
| Czy u Dziecka występują wady rozwojowe, stałe choroby (także zakaźne)? |  |
| Dodatkowe informacje o dziecku mogące wpłynąć na funkcjonowanie dziecka podczas przebywania w klubie malucha (stan zdrowia - choroby przewlekłe, alergie, ewentualne potrzeby specjalne, specjalna dieta itp.) |  |

|  |
| --- |
| 1. **OŚWIADCZENIA**
 |
| 1. Oświadczam, iż zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji u udziału w projekcie „Little Magic Star”- żłobek dla dzieci i akceptuję jego zapisy.
2. Oświadczam, że spełniam warunki kwalifikujące mnie do udziału w projekcie, tj:
* Zamieszkuję/ uczę się/ pracuję na terenie Miasta lub Gminy Białystok
* Jestem osobą pracującą/ przebywającą na urlopie macierzyńskim lub rodzicielskim/ bezrobotną/ bierną zawodową/ poszukującą pracy/ przebywającą poza rynkiem pracy ze względu na konieczność opieki nad dzieckiem
* Pełnię opiekę nad dzieckiem do lat 3
1. Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
2. Zobowiązuję się do poinformowania realizatora projektu, z odpowiednim wyprzedzeniem o konieczności rezygnacji z udziału w projekcie.
3. Jestem świadoma/świadomy, że koszt mojego udziału w projekcie pokrywany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
 |
| MIEJSCOWOŚĆ | DATA |
|  |  |
| IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU  | PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU |
|  |  |

1. Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776) a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994, nr 111, poz. 535) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia. [↑](#footnote-ref-1)