



# POWIAT OLSZTYŃSKI

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu konkursowego Nr FEWM.09.09-IZ.00-0002/23

pn.: „Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”

realizowanego przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Olsztynie w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur na lata 2021-2027, Priorytet 9: Włączenie i integracja EFS+, Działanie 9.9: System pieczy zastępczej, Cel szczegółowy I: Wspieranie integracji społecznej osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w tym osób najbardziej potrzebujących i dzieci.

### I. Wypełniają członkowie Komisji Rekrutacyjnej

		Osoba z listy podstawowej	Data wpływu karty kwalifikacyjnej i numer ewidencyjny dziennika korespondencji PCPR w Olsztynie
		Osoba z listy rezerwowej	
		Liczba uzyskanych punktów	
Preferencje punktowe		Uzyskana liczba punktowa	
1.	Osoby przebywające w pieczy zastępczej	rodzinnej - 1 pkt	
		instytucjonalnej- 2 pkt	
2.	Osoba opuszczająca pieczę zastępczą, w tym usamodzielniana – 2 pkt		.....
3.	Rodzina zastępcza – 2 pkt		
4.	Kandydat/-ka do pełnienia funkcji rodziny zastępczej – 2 pkt		
5.	Osoba z otoczenia dziecka (o ile jego udział będzie niezbędny dla skutecznego wsparcia podstawowej grupy docelowej) – 2 pkt		
6.	Osoba z kadry jednostek organizacyjnych systemu pieczy zastępczej – 2 pkt		
7.	Wiek uczestniczek/ów projektu:	Poniżej 18 lat – 1 pkt	
		18 lat -29 lat – 1 pkt	
		55 lat i więcej – 1 pkt	
8.	Miejsce zamieszkania	Obszar wiejski – 2 pkt	
		Obszar miejski – 1 pkt	
9.	Osoba, która doświadczyła wielokrotnego wykluczenia społecznego – 2 pkt		
10.	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z		

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)

„Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”  
FEWM.09.09-IZ.00-0002/23



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





	niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi – 2 pkt		
11.	Osoba niepełnosprawna – 1 pkt		
12.	W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów podczas rekrutacji zostanie zastosowane kryterium pierwszeństwa: 1. Kobiety 2. determinacja do poprawy swojej sytuacji życiowej		
<b>Razem:</b>			
<b>Decyzja komisji rekrutacyjnej:</b> Zakwalifikowana do udziału w projekcie „Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ” tak / nie			
<b>Komisja w składzie:</b>  1. ....  2. ....  3. ....  4. ....			

## II. Wypełnia kandydat / opiekun prawny (faktyczny) kandydata

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KI NA UCZESTNIKA/UCZESTNICZKĘ PROJEKTU		
1. Imię/Imiona:		
2. Nazwisko:		
3. Płeć:	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
4. Data i miejsce urodzenia:		
5. Obywatelstwo:		

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)  
„Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”  
FEWM.09.09-IZ.00-0002/23





# POWIAT OLSZTYŃSKI

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

<b>6. PESEL:</b>			
<b>7. Inny dokument potwierdzający tożsamość</b> (tylko w przypadku braku nr PESEL):	<b>Rodzaj dokumentu:</b>		
	<b>Numer dokumentu:</b>		
	<b>Data ważności dokumentu/data Wydania dokumentu:</b>		
<b>8. Wykształcenie:</b> (NAJWYŻSZY posiadany poziom wykształcenia):	<input type="checkbox"/> <b>Poniżej podstawowego (ISCED 0)</b> kształcenie ukończone na poziomie poniżej szkoły podstawowej		
	<input type="checkbox"/> <b>Podstawowe (ISCED 1)</b> kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej		
	<input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne (ISCED 2)</b> kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej		
	<input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne (ISCED 3)</b> kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej		
	<input type="checkbox"/> <b>Policealne (ISCED 4)</b> kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym		
	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe (ISCED 5-8)</b> kształcenie ukończone na poziomie wyższym licencjackim, magisterskim lub wyżej		
<b>9. Adres zamieszkania:</b>			
województwo:	powiat:	gmina:	
ulica:	nr domu:	nr lokalu:	
kod pocztowy:	miejscowość:		
miejsce zamieszkania:	<input type="checkbox"/> obszar wiejski	<input type="checkbox"/> obszar miejski	
<b>10. nr telefonu:</b>		<b>11. adres e-mail:</b>	
<b>II. STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b>			
<b>1. Osoba obcego pochodzenia:</b> (to cudzoziemcy - każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie posiadania obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów lub osoba, której co najmniej jeden z rodziców urodził się poza terenem Polski).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<b>2. Osoba pochodząca z państw trzecich:</b> (Osoba, która jest obywatelem krajów spoza UE; bezpieczeństwa zgodnie z Konwencją o statusie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)  
„Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”  
FEWM.09.09-IZ.00-0002/23



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





# POWIAT OLSZTYŃSKI

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

bezpieństwoców z 1954 r. oraz osoba bez ustalonego obywatelstwa).			
<b>3. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant:</b> (Zgodnie z prawem krajowym mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska. Mniejszości etniczne: karańska, łemkowska, romska, tatarska. Migranci-cudzoziemcy na stałe mieszkający w danym państwie, obywatele obcego pochodzenia lub obywatele należący do mniejszości. Pod uwagę bierze się również migrantów powrotnych, tj. osoby, które powróciły do Polski z pobytu zagranicą, bądź pracowały/uczyły się/przebywały za granicą powyżej 3 miesięcy oraz posiadają obywatelstwo polskie oraz imigrantów, tj. osoby, które przybyły do Polski w celu osiedlenia się i podjęcia aktywności ekonomicznej).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji
<b>4. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:</b> (Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach) 2. Bez miejsca zamieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane) 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą) 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie). Osoby dorosłe mieszkające z rodzicami nie powinny być wykazywane we wskaźniku, chyba że wszystkie te osoby są bezdomne lub mieszkają w nieodpowiednich i niebezpiecznych warunkach).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<b>5. Osoba z niepełnosprawnościami:</b> (Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 2016 poz. 546, z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia wydany przez lekarza, np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia).	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)  
„Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”  
FEWM.09.09-IZ.00-0002/23



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





# POWIAT OLSZTYŃSKI

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

<b>6. Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowane	<input type="checkbox"/> znaczny
<b>7. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez:</b>	<input type="checkbox"/> Powiatowy Zespół ds. Orzekania o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Orzeczenie lekarza orzecznika ZUS	
	Inne.....		
	Przyznane na okres: od.....do.....		
<b>8. Osoba, która doświadczyła wielokrotnego wykluczenia społecznego:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<b>III. STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU</b> Uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:			
<b>1. Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną zarejestrowaną w ewidencji osób bezrobotnych:</b>	<input type="checkbox"/> TAK jako poszukujący pracy	<input type="checkbox"/> TAK jako bezrobotny: <input type="checkbox"/> od 0-12 miesięcy <input type="checkbox"/> od 12-24 miesięcy	
	<input type="checkbox"/> NIE		
<b>2. Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w ewidencji osób bezrobotnych:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<b>3. Oświadczam, że jestem osobą bierną zawodowo:</b> (osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej (tzn. nie jest osobą pracującą ani bezrobotną))	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
<b>4. Oświadczenie, że jestem osobą pracującą:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
	Miejsce pracy: .....		

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)  
„Pieczę zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”  
FEWM.09.09-IZ.00-0002/23



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





# POWIAT OLSZTYŃSKI

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

<b>5. Jestem osobą uczącą się:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> w systemie dziennym	
	<input type="checkbox"/> w systemie zaocznym	
	<input type="checkbox"/> w systemie wieczorowym	

Miejsce nauki: .....

#### IV. OKREŚLENIE PRZYNALEŻNOŚCI DO GRUPY DOCELOWEJ:

<b>1. Jestem rodziną zastępczą:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>2. Jestem wychowanką / wychowankiem rodzinnej pieczy zastępczej:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>3. Jestem wychowanką / wychowankiem instytucjonalnej pieczy zastępczej:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>4. Jestem osobą opuszczającą rodzinę zastępczą, placówkę opiekuńczo – wychowawczą lub placówkę, o której mowa w art. 141 ust.2 ustawy o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>5. Realizuję Indywidualny Program Usamodzielnienia:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>6. Jestem kandydatką / kandydatem do pełnienia funkcji rodziny zastępczej:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>7. Jestem osobą bliską dziecku przebywającemu w pieczy zastępczej (np. dziecko opiekuna zastępczego, ciotka, wujek zamieszkali wraz z dzieckiem oraz rodziną zastępczą):</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<b>8. Kadra jednostek organizacyjnych systemu pieczy zastępczej:</b>	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

#### V. ANKIETA POTRZEB I USPRAWNIEŃ DLA OSÓB Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI

**1. Czy widzi Pan/Pani problemy/bariery wynikające z niepełnosprawności w związku ze swoim udziałem w projekcie? Jeśli tak, to jakie?**

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)  
„Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”  
FEWM.09.09-IZ.00-0002/23



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





2. Czy ma Pan/Pani potrzeby wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić Panu/Pani udział w zajęciach oferowanych w ramach niniejszego projektu? Jeśli tak, to jakie?

#### V. OŚWIADCZENIA OGÓLNE

Zostałem/łam pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, wynikającej z art. 233 §.1 Kodeksu karnego oświadczam, że poniższe informacje są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym:

1. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
2. Zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”, akceptuję jego warunki i zgodnie z wymogami jestem uprawniony/-a do uczestnictwa w nim. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania PCPR w Olsztynie o zmianach danych zawartych w w/w Formularzu zgłoszeniowym (m. in. dane uczestnika, dane kontaktowe).
3. Oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-na, że projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
4. Zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.
5. Zostałem/-am poinformowany/-a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
6. Wyrażam zgodę na badanie ewaluacyjne, którego celem jest udoskonalenie oferowanej dotychczas pomocy i lepsze dostosowanie jej do potrzeb przyszłych uczestników.
7. Oświadczam, że nie biorę oraz nie wezmę jednocześnie udziału w innym projekcie z zakresu aktywizacji społeczno-zawodowej dofinansowanym ze środków EFS+. Przedmiotowe zobowiązanie będzie odnosić się do całego okresu realizacji projektu.
8. Zobowiązuję się do przekazania informacji dotyczących swojej sytuacji po zakończeniu udziału w projekcie (do 4 tygodniu od zakończenia udziału) zgodnie zakresem danych określonych w Wytocznych dotyczących monitorowania tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego.

.....

Data i czytelny podpis  
kandydata projektu

.....

Data i czytelny podpis  
rodzica / opiekuna prawnego/faktycznego  
-w przypadku osoby niepełnoletniej





# POWIAT OLSZTYŃSKI

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

### Załączniki do formularza zgłoszeniowego uczestnika:

1. Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Klauzula informacyjna dla osoby, której dane są przetwarzane w ramach realizacji Projektu.
3. Analiza potrzeb uczestnika/-czki projektu.
4. Zaświadczenie lub inny dokument wystawiony przez właściwy podmiot, albo oświadczenie uczestnika projektu lub podmiotu otrzymującego wsparcie, jeżeli kryterium kwalifikowalności nie może zostać potwierdzone dokumentem wystawionym przez właściwy podmiot- jeśli dotyczy.

### SŁOWNIK POJĘĆ:

- I. **osobą bezrobotną** jest osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia. Definicja uwzględnia osoby zarejestrowane, jako bezrobotne zgodnie z krajowymi przepisami, nawet jeżeli nie spełniają one wszystkich trzech kryteriów. Osobami bezrobotnymi są zarówno osoby bezrobotne w rozumieniu badania aktywności ekonomicznej ludności, jak i osoby zarejestrowane jako bezrobotne. Definicja nie uwzględnia studentów studiów stacjonarnych, nawet jeśli spełniają powyższe kryteria. Osoby kwalifikujące się do urlopu macierzyńskiego lub rodzicielskiego, które są bezrobotne w rozumieniu niniejszej definicji (nie pobierają świadczeń z tytułu urlopu), są osobami bezrobotnymi w rozumieniu *Wytycznych*;
- II. **osoby bierne zawodowo** – osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. 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), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo).
- III. **osoby długotrwale bezrobotne** – definicja pojęcia „długotrwale bezrobotny” różni się w zależności od wieku:
  - młodzież (<25lat) – osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy (>6miesiący);
  - dorośli (25 lat lub więcej) – osoby bezrobotne nieprzerwalnie przez okres ponad 12 miesięcy (>12 miesięcy).Wiek uczestników projektu jest określany na podstawie daty urodzenia i ustalany w dniu rozpoczęcia udziału w projekcie (1 dzień wsparcia).

Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)  
„Pieczę zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”  
FEWM.09.09-IZ.00-0002/23



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską

