

### 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		

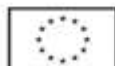
Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie, ul. Bałtycka 65, 10-175 Olsztyn  
tel: 89 544 38 00, fax: 89 544 38 11, e-mail: [pcpr@powiat-olsztynski.pl](mailto:pcpr@powiat-olsztynski.pl)

„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



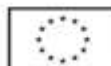


	niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz osób z zaburzeniami psychicznymi – 2 pkt		
11.	Osoba niepełnosprawna – 1 pkt		
12.	W przypadku uzyskania takiej samej liczby punktów podczas rekrutacji zostanie zastosowane kryterium pierwszeństwa: 1. Kobiety 2. determinacja 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

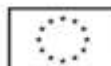
<b>6. PESEL:</b>			
<b>7. Inny dokument potwierdzający tożsamość</b> (tylko w przypadku braku nr PESEL):	<b>Rodzaj dokumentu:</b>		
	<b>Numer dokumentu:</b>		
	<b>Data ważności dokumentu/data Wydania dokumentu:</b>		
<b>8. Wykształcenie:</b> (NAJWYŻSZY posiadany poziom wykształcenia):	<input type="checkbox"/> <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)

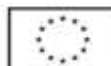
„Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”

FEWM.09.09-IZ.00-0002/23



Fundusze Europejskie  
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez  
Unię Europejską





# POWIAT OLSZTYŃSKI

## Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie

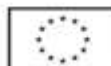
<b>6. Stopień niepełnosprawności (jeśli dotyczy):</b>	<input type="checkbox"/> lekki	<input type="checkbox"/> umiarkowane	<input type="checkbox"/> znaczny
<b>7. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez:</b>	<input type="checkbox"/> Powiatowy Zespół ds. Orzekania o stopniu niepełnosprawności	<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"/> w systemie dziennym  <input type="checkbox"/> w systemie zaocznym  <input type="checkbox"/> w systemie wieczorowym	<input type="checkbox"/> NIE
------------------------------------	---	------------------------------

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)

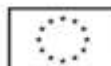
„Piecza zastępcza w Powiecie Olsztyńskim. PROFESJA Z MISJĄ”

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?

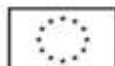
#### V. OŚWIADCZENIA OGÓLNE

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. Zobowiązuje 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

