*Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY PROJEKTU**

**„KLUB AKTYWNEGO SENIORA W GMINIE ZAGÓRZ”**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | | | | | | | | | | | | |
| Imię (imiona) |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  | | |  |  | |  | |  |  |  |  |
| Płeć | 🞐 Kobieta 🞐 Mężczyzna | | | | | | | | | | | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Ulica |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu |  | | | | | Nr lokalu | | |  | | | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | | Poczta | | |  | | | | | | |
| Powiat |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Województwo |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres e-mail |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Samotne zamieszkiwanie | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Status osoby niesamodzielnej | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Dochód osoby nieprzekraczający 150% kryterium dochodowego uprawniającego do skorzystania z pomocy społecznej. | | | | | 🞐 Tak | | | | | | 🞐 Nie | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnościami | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | 🞐 umiarkowany stopień lub równoważny  🞐 znaczny stopień lub równoważny | | | | |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną lub osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | | | | | 🞐 Tak | | |  | | | 🞐 Nie | | | | |
| Osoba korzystające ze wsparcia w ramach PO PŻ | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | | | | | |
| Doświadczanie wielokrotnego wykluczenia społecznego | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | | | | | |
| Zamieszkiwanie na obszarach gminnych objętych programem rewitalizacji (Osiedle Nowy Zagórz, Stary Zagórz, Zasław oraz sołectwo Mokre) | | | | | 🞐 Tak | | | 🞐 Nie | | | | | | | |

Zagórz, dnia ………………………… ………………………………………………………

Czytelny podpis osoby wypełniającej formularz