**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**„Brodnickie Centrum Usług Społecznych - realizacja usług społecznych dla mieszkańców Gminy Miasta Brodnicy”**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć | 🞏 Kobieta 🞏 Mężczyzna |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu |  | Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy  |  | Poczta |  |
| Powiat |  |
| Województwo  |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |
| Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - orzeczenie | 🞏 Tak | 🞏 Nie |
| Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną - orzeczenie | 🞏 Tak | 🞏 Nie |
| Osoba z zaburzeniami psychicznymi - orzeczenie/zaświadczenie/opinia lekarza | 🞏 Tak | 🞏 Nie |
| Osoba z niepełnosprawnością intelektualną orzeczenie/zaświadczenie/opinia lekarza | 🞏 Tak | 🞏 Nie |
| Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) orzeczenie/zaświadczenie/opinia lekarza | 🞏 Tak | 🞏 Nie |
| Osoba korzystająca z programu FE PŻ - oświadczenie, | 🞏 Tak | 🞏 Nie |
| Osoba zamieszkująca samotnie - oświadczenie. | 🞏 Tak | 🞏 Nie |

…….………………………………………… ……………………………………………………………….

 (Miejscowość, data) (Czytelny podpis)

Do formularza rekrutacyjnego należy załączyć :

1. Klauzula informacyjna - załącznik nr 1
2. Oświadczenie o zamieszkiwaniu na terenie Gminy Miasta Brodnicy - załącznik nr 2
3. Zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie o spełnianiu kryterium bycia osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - załącznik nr 3
4. Orzeczenie/zaświadczenie o niepełnosprawności, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub

komisji lekarskiej ZUS do celów rentowych, orzeczenie o chorobie psychicznej. Kopię w/w dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem oraz dostarczyć oryginał do wglądu.