**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.