

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Dzienny Dom Pobytu

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

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	Wiek:
Miejscowość			
Ulica			
Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	
Powiat			
Województwo			
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności - orzeczenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną - orzeczenie	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z zaburzeniami psychicznymi - orzeczenie/zaświadczenie/opinia lekarza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną orzeczenie/zaświadczenie/opinia lekarza	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	
Osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	



Problemów Zdrowotnych ICD10) orzeczenie/zaświadczenie/opinia lekarza		
Osoba korzystająca z programu FE PŻ - oświadczenie,	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
Osoba zamieszkująca samotnie - oświadczenie.	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> 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. Oświadczenie o spełnianiu kryterium bycia osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu - załącznik nr 3
4. Oświadczenia o korzystaniu z programu FE PŻ – załącznik nr 4
5. Oświadczenie o zamieszkiwaniu samotnie – załącznik nr 5
6. Dokument poświadczający zamieszkanie na terenie Gminy Miasta Brodnica
7. Orzeczenie/zaświadczenie o niepełnosprawności, orzeczenie lekarza orzecznika ZUS lub komisji lekarskiej ZUS do celów rentowych, orzeczenie o chorobie psychicznej - jeśli dotyczy
Kopię w/w dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem oraz dostarczyć oryginał do wglądu.

