

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO UCZESTNICTWA  
W DZIENNYM DOMU POBYTU IM. SIOSTRY MONIKI- TERESY GOJTOWSKIEJ  
W KOWALEWIE POMORSKIM  
( na okres 2024/2025)**

Informacje wypełniane przez pracownika socjalnego	
Indywidualny Numer Zgłoszenia	
Data, miejsce i godzina przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**UWAGA:**

1. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony; jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
2. Osoby zainteresowane uczestnictwem w Dziennym Domu Pobytu zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
3. Dokumenty rekrutacyjne należy złożyć osobiście w Miejsko Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kowalewie Pomorskim przy ul. Św. Mikołaja 5, 87-410 Kowalewo Pomorskie ; ( lub drogą tradycyjną za pośrednictwem poczty na adres MGOPS w Kowalewie Pomorskim albo drogą mailową na adres mgops@kowalewopomorskie.pl Dla Dokumentacji Rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina) do Ośrodka Pomocy Społecznej.
4. Miejsko Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej informuje, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do Dziennego Domu Pobytu.

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI DO UCZESTNICTWA W DZIENNYM DOMU POBYTU**

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA DZIENNEGO DOMU POBYTU															
Imię/Imiona															
Nazwisko															
Data urodzenia															
PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
ADRES ZAMIESZKANIA															
Ulica:															
Nr domu:		Nr lokalu:													
Miejscowość:		Kod pocztowy:													
Gmina:		Powiat:													
Obszar zamieszkania:	<input type="checkbox"/> miejski		<input type="checkbox"/> wiejski												
Telefon:															
Adres e-mail:															

**ADRES KORESPONDENCYJNY** (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania, jeśli nie, proszę wpisać jw.)

Ulica, nr domu/nr lokalu/miejscowość/kod pocztowy/gmina/powiat/województwo

**II. Kryterium uczestnictwa kwalifikujące do uczestnictwa w Dziennym Domu Pobytu**

<b>Kryterium uczestnictwa (obligatoryjne)</b>	1. Osoba zamieszkująca na terenie Gminy Kowalewo Pomorskie. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Osoba niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga pomocy w codziennym funkcjonowaniu. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Osoba dorosła, a więc osoba która ukończyła 18 rok życia. <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Kryterium uczestnictwa (premiujące)</b>	1. Osoba niepełnosprawna w stopniu znacznym lub umiarkowanym w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 573 z późn. zm.), - stopień znaczny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - stopień umiarkowany <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - stopień lekki <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	2. Osoba samotna - w tym: - samotna bez rodziny <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - samotnie zamieszkała (rodzina zamieszkała na terenie Gminy Kowalewo Pomorskie) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE - samotnie zamieszkała (rodzina zamieszkała poza terenem Gminy Kowalewo Pomorskiem) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	3. Osoba której dochód nie przekracza 100% kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (Dz.U.2023 poz. 901 z późn. zm.); <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	4. Osoba której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r. (Dz. U.2023 poz. 901 z późn. zm.); <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	<p>5. Osoba zamieszkała z rodziną pod warunkiem, że wspólnie zamieszkujący dorośli członkowie rodziny to osoby pracujące poza miejscem zamieszkania;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>6. Osoba nie korzystająca wcześniej z uczestnictwa w Dziennym Domu Pobytu- w tym:</p> <p>- osoba, która w ogóle nie korzystała z tego typu wsparcia;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- osoba jednorazowo korzystała z tego typu wsparcia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- osoba wielokrotnie korzystała z tego typu wsparcia</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
	<p>7. Czynności w zakresie samoobsługi w tym:</p> <p>- samodzielne utrzymanie higieny osobistej</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- samodzielne rozbieranie i ubieranie</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- samodzielne spożywanie posiłków</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- samodzielne przyjmowanie leków</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>- samodzielne poruszanie się</p> <p><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata/-ki*

**GMINA**



**MGOPS**

**KOWALEWO POMORSKIE**

**KOWALEWO POMORSKIE**

**Załączniki do formularza rekrutacyjnego:**

Proszę o zaznaczenie załączników (znakiem „X”) dołączonych do Formularza rekrutacyjnego.  
Załączniki składane są w oryginale.

<b>L.p.</b>	<b>NAZWA DOKUMENTU</b>	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
1	Oświadczenie kandydata/-ki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa (kryteria obligatoryjne)- załącznik nr 1 do formularza rekrutacyjnego.		
2	Oświadczenie kandydata/-ki dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa (kryteria obligatoryjne)- załącznik nr 2 do formularza rekrutacyjnego, lub orzeczenie/ opinia lekarska/zaświadczenie lekarskie w przypadku osób z niepełnosprawnością .		
3	Orzeczenie o znacznym,umiarkowanym lub lekkim stopniu niepełnosprawności (kryteria premiujące).		
4	Oświadczenie o dochodach dotyczące spełnienia kryterium uczestnictwa (kryteria premiujące) – załącznik nr 3 do formularza rekrutacyjnego .		

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata/-ki*



**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-KI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W  
DZIENNYM DOMU POBYTU (KRYTERIA OBLIGATORYJNE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

- osobą zamieszkującą na terenie gminy Kowalewo Pomorskie
- osobą dorosłą, a więc osobą która ukończyła 18 rok życia.
- osobą w wieku 100 lat i więcej.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata/-ki*



**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-KI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA W  
DZIENNYM DOMU POBYTU (KRYTERIA OBLIGATORYJNE)**

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie)

Oświadczam, że jestem:

Osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga częściowej opieki i pomocy w codziennym funkcjonowaniu.

Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za składanie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, potwierdzam prawdziwość przekazanych przeze mnie informacji.

.....  
*Data i czytelny podpis Kandydata/-ki*



**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/-KI DOTYCZĄCE SPEŁNIENIA KRYTERIUM UCZESTNICTWA  
W PROJEKCIE (KRYTERIA DODATKOWE)**

Weryfikacja osób których dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie) zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004r.(Dz. U. z 2023r. poz.901 z późn. zm.)

(właściwą odpowiedź, proszę zaznaczyć krzyżykiem przy kwadracie i wypisać oświadczenie)

Oświadczam że:

Prowadzę samodzielne gospodarstwo domowe  TAK

Utrzymuję się ze świadczeń :  ZUS  KRUS

.....  
(wymienić źródła dochodu)

Oświadczam że:

Mieszkam i prowadzę wspólne gospodarstwo domowe  TAK  
wraz

Z.....

(podać skład członków rodziny tj. np. mąż /żona /córka itp.)

utrzymujemy się

Z .....

(wymienić źródła dochodu)

.....  
Data i czytelny podpis Kandydata/-ki

