



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

Załącznik nr2 do Regulaminu uczestnictwa  
w projekcie pn. „Tak to się robi w Sosnowcu”

**Protokół z rozmowy rekrutacyjnej przeprowadzonej w dniu .....**

Imię i nazwisko kandydata/kandydatki do udziału w projekcie

pn. „Tak to się robi w Sosnowcu”: .....

**Kryterium merytoryczne:**

Mieszkaniec/Mieszkanca Miasta Sosnowiec:  TAK  NIE

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu wieku.

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu stanu zdrowia.

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powodu niepełnosprawności

Osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z opieką nad osobami z niepełnosprawnością.

<b>Punkty przyznane preferowanym osobom do udziału w projekcie:</b>	<b>Przyznana liczba punktów:</b>
Osoby o znacznym lub umiarkowanym st. niepełnosprawności (+3 pkt)	
Osoby z niepełnosprawnością sprzężoną (+5pkt)	
Osoby z chorobami psychicznymi (+2 pkt)	
Osoby z niepełnosprawnością intelektualną (+1pkt)	
Osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (+1pkt)	
Osoby korzystające z programu FE PŻ (+1pkt)	
Osoby samotnie zamieszkujące (+1pkt)	



<b>Punkty przyznane preferowanym osobom do udziału w projekcie:</b>	<b>Przyznana liczba punktów:</b>
Osoby samotnie zamieszkujące (+1pkt)	
Osoby w kryzysie bezdomności (+1pkt)	
Dziecko wychowywane poza rodziną biologiczną (+1pkt)	
Suma punktów	

<b>Nazwa kryterium kwalifikacyjnego:</b>	<b>Dokumenty potwierdzające kwalifikację:</b>
orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
orzeczenie o niepełnosprawności wydane w stosunku do osób, które nie ukończyły 16 roku życia;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
orzeczenie o niezdolności do pracy;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego wydane ze względu na dany	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
rodzaj niepełnosprawności;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim;	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie



<b>Nazwa kryterium kwalifikacyjnego:</b>	<b>Dokumenty potwierdzające kwalifikację:</b>
karty oceny stanu pacjenta wg Skali Barthel	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.);	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
w przypadku osoby z zaburzeniami psychicznymi dokument potwierdzający stan zdrowia wydany przez lekarza np. orzeczenie o stanie zdrowia lub opinia.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba wymagająca wsparcia w związku z opieką nad osobą z niepełnosprawnością – opinia psychologa (zaświadczenie):	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kryterium merytoryczne spełnione:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kandydat/kandydatka zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Kandydat/kandydatka wpisany/a na listę rezerwową	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Podpisy komisji rekrutacyjnej:

1. ....

2. ....

3. ....