

Załącznik nr 3 do regulaminu organizacji mieszkań WYTCNIENIOWYCH

OPINIA KOMISJI REKRUTACYJNEJ

Tytuł projektu:	„OKNO DO LEPSZEGO ŻYCIA – utworzenia i prowadzenie 3 mieszkań treningowych, 2 wspieranych i 2 wytchnieniowych oraz wsparcie 50 osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, zamieszkujących gminy: Miastko, Koczała i Trzebiel w okresie od VII'22 do IX'23
Nr projektu:	RPPM.06.02.02-22-0010/21
Program Operacyjny	RPO WP 2014-2020
Działanie:	06.02. Usługi Społeczne
Poddziałanie:	06.02.02. Rozwój usług społecznych

Opinia członków Komisji Rekrutacyjnej na podstawie analizy złożonych dokumentów oraz wywiadu z OPIEKUNEM potencjalnego mieszkańca mieszkania wytchnieniowego

Lp.	Dane Opiekuna	
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	
5.	Województwo	
6.	Powiat	
7.	Gmina	
8.	Miejscowość	
9.	Ulica	
10.	Nr budynku	
11.	Nr lokalu	
12.	Kod pocztowy	



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



DANE OSOBY ZAMIESZKUJĄCEJ MIESZKANIE WYTCHNIENIOWE

Lp.	Dane osoby zamieszkującej	Wyszczególnienie
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	<input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/> Kobieta
5.	Stopień pokrewieństwa	<input type="checkbox"/> syn/córka <input type="checkbox"/> ojciec/matka <input type="checkbox"/> brat/siostra <input type="checkbox"/> dalsza rodzina np. kuzyn/kuzynka <input type="checkbox"/> osoba niespokrewniona (opieka prawna) <input type="checkbox"/> inny
6.	Województwo	
7.	Powiat	
8.	Gmina	
9.	Miejscowość	
10.	Ulica	
11.	Nr budynku	
12.	Nr lokalu	
13.	Kod pocztowy	
14.	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	w tym: Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu lekkim <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu umiarkowanym <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność w stopniu znacznym Symbol przyczyny niepełnosprawności: Data ważności orzeczenia:
24.	Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



Opinia Psychologa

Opinia Pracownika JST

Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej

- | | | | |
|----|---|---|--------|
| 1. | _____ | - | _____ |
| | Imię i nazwisko członka Komisji Rekrutacyjnej - Psycholog | | Podpis |
| 2. | _____ | - | _____ |
| | Imię i nazwisko członka Komisji Rekrutacyjnej - Pedagog | | Podpis |
| 3. | _____ | - | _____ |
| | Imię i nazwisko członka Komisji Rekrutacyjnej - Terapeuta | | Podpis |
| 4. | _____ | - | _____ |
| | Imię i nazwisko członka Komisji Rekrutacyjnej – prac. JST | | Podpis |

Miastko, data: _____