

Załącznik nr 3 do Regulaminu

WERYFIKACJA SPEŁNIENIA KRYTERIÓW projektu „W stronę pracy”

nr RPWM.11.01.02-28-0031/20 realizowanego w ramach
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014-2020

NAZWISKO I IMIĘ		
I. Kryteria główne		
Miejsce zamieszkania: terem MOF Olsztyna (w tym obszar wyznaczony do rewitalizacji), tj.: BARCZEWO (gmina miejsko-wiejska, miasto, obszar wiejski), DYWITY (gmina wiejska), GIETRZAŁD (gmina wiejska), JONKOWO (gmina wiejska), PURDA (gmina wiejska), STAWIGUDA (gmina wiejska), OLSZTYN (miasto)	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Wiek: 18-64 lata	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Zagrożenie ryzykiem ubóstwa lub wykluczenia społecznego	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba korzystającą ze świadczeń z pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, spełniającą więcej niż jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Osoba spełnia kryteria:	TAK <input type="checkbox"/> (przejsć do części II)	NIE <input type="checkbox"/> (odrzucić wniosek)
II. Kryteria punktowe		
Płeć:	Kobieta	<input type="checkbox"/> 5 pkt
	Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> 5 pkt



Status na rynku pracy		
	Osoba długotrwale bezrobotna	<input type="checkbox"/> 10 pkt
Osoba o niskich kwalifikacjach (do ISCED 3 włącznie)		<input type="checkbox"/> 5 pkt
Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi, z niepełnosprawnością intelektualną oraz z zaburzeniami psychicznymi		<input type="checkbox"/> 15 pkt
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumiana jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytocznych CT9		<input type="checkbox"/> 15 pkt
Osoba z niepełnosprawnością		<input type="checkbox"/> 5 pkt.
Osoba korzystająca z PO PŻ		<input type="checkbox"/> 15 pkt.
Suma:		

.....
Data

.....
Podpis pracownika