

(załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w projekcie pt. „Rozwój stacjonarnych usług opiekuńczych w Gminie Świlcza”)

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU:

pt.: „Rozwój stacjonarnych usług opiekuńczych w Gminie Świlcza” - projekt realizowany w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 oraz budżetu państwa:

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w projekcie” dostępnym na <https://swilcza.com.pl/> lub w Biurze Projektu.

| | |
|---|--|
| Informacje wypełniane przez podmiot przyjmujący formularz | |
| Data przyjęcia formularza | |
| Podpis osoby przyjmującej formularz | |

UWAGA:

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole znaku: **X**

**WYBÓR LOKALIZACJI KLUBU SENIORA/DDP:**

- Klub Seniora w Trzcianie, 36-071 Trzciana 193 c
- Dzienny Domu Pomocy w Bratkowicach (DDP), 36-055 Bratkowice 400

A. Dane Kandydata/ki do uczestnictwa w Projekcie (miejsce zamieszkania należy uzupełnić zgodnie z Kodeksem Cywilnym):

| | | | |
|---|--|----------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Imię i Nazwisko | | |
| 2 | PESEL/inny identyfikator | | |
| 3 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | | |
| 4 | Płeć | <input type="checkbox"/> Kobieta | <input type="checkbox"/> Mężczyzna |
| 5 | Adres zamieszkania | Obywatelstwo | |
| | | Kraj | |
| | | Województwo | |
| | | Powiat | |
| | | Gmina | |
| | | Kod pocztowy | |
| | | Miejscowość | |
| | | Ulica | |
| | | Nr domu | |
| | | Nr lokalu | |
| | Obszar zamieszkania | <input type="checkbox"/> miejski | <input type="checkbox"/> wiejski |
| Adres do kontaktu i korespondencji - należy uzupełnić wówczas, gdy jest inny niż adres zamieszkania: | | | |
| Adres, ulica, nr domu/lokalu: | | | |
| Miejscowość, kod pocztowy: | | | |
| 6 | Telefon kontaktowy | | |
| | Adres e-mailowy | | |



| | | |
|---|--|---|
| | (jeżeli uczestnik projektu posiada) | |
| 7 | Wykształcenie | <input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> średnie II stopnia (ISCED 3) lub na poziomie policealnym (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8) |
| 8 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu: | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (zaznaczyć właściwe): <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bezrobotna <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Bierna zawodowo <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się/odbywająca kształcenie <input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) <input type="checkbox"/> osoba pracująca na uczelni <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie badawczym <input type="checkbox"/> osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz <input type="checkbox"/> osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym <input type="checkbox"/> osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne |
| 9 | Dodatkowe informacje | Posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi |
| | | Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |



Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane takich jak Romowie)

Tak Nie Odmawiam odpowiedzi

Jestem osobą obcego pochodzenia

Tak Nie

Jestem osobą z krajów trzecich

Tak Nie

Dodatkowe informacje - niepełnosprawność:



- jestem osobą niepełnosprawną - jeśli zaznaczono, wówczas należy wskazać dodatkowe potrzeby związane z oczekiwaniami od Zespołu Projektu na etapie rekrutacji i podczas realizacji założeń w Projekcie wynikające z posiadanej niepełnosprawności, tak aby w ramach zasady racjonalnych usprawnień dostosować planowaną ścieżkę wsparcia do potrzeb danej osoby - przykłady racjonalnych usprawnień: tłumacz języka migowego, transport niskopodłogowy, dostosowanie infrastruktury komputerowej np. programy powiększające, mówiące, osoby asystujące, odpowiednie dostosowanie wyżywienia - należy podać jakie:

.....

.....

.....

B. Status Kandydata/ki w kontekście spełniania formalnych wymagań/założeń projektowych:

Ja niżej podpisany/a niniejszym oświadczam, że w chwili składania niniejszego formularza spełniam następujące kryteria/warunki (należy zaznaczyć dane pole):

1. - ukończyłem/ukończyłam 60 lat - należy wpisać datę urodzenia: _____,

UWAGA - w celu weryfikacji kryterium nr 1 (wiek) Kandydat/ka (lub jego/jej przedstawiciel) zobligowany/zobligowana będzie do przedłożenia (do wglądu) członkowi Zespołu Projektu dokumentu tożsamości - z tego działania Zespół Projektu sporządzi protokół okazania/wyda zaświadczenie, który stanowić będzie załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej - czynności tej należy dokonać w Biurze Projektu (w uzasadnionych przypadkach Zespół Projektu dokona weryfikacji w miejscu wskazanym przez Kandydata/kę)

2. - zamieszkuje (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) na terenie gminy Świlcza (województwo podkarpackie)

UWAGA - w celu weryfikacji kryterium nr 2 (zamieszkanie), Kandydat/ka (lub jego/jej przedstawiciel) zobligowany/zobligowana jest do potwierdzenia niniejszego oświadczenia własnoręcznym podpisem:

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że zamieszkuje na terenie gminy Świlcza

(miejscowość i data)

(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas:

- 1) może złożyć podpis tzw. „tuszym odciskiem palca” wraz z wypisanymi obok - przez inną osobę - imieniem i nazwiskiem lub
2) podpis może złożyć pełnomocnik/osoba upoważniona na podstawie udzielonego pełnomocnictwa)

3. - jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu – oznacza to, że jestem osobą, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego;

UWAGA - w celu weryfikacji kryterium nr 3 (status osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność) należy załączyć zaświadczenie lekarskie - Organizator rekomenduje, aby zaświadczenie lekarskie przedstawione było na wzorze udostępnionym w ramach dokumentacji projektowej (dokument ten można odnaleźć na Stronie Internetowej i/lub otrzymać w Biurze Projektu)

4. - posiadam dochód na osobę w rodzinie/osobę samotnie gospodarującą w wysokości miesięcznej zł
Ww. dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (zgodnie z ustawą o pomocy społecznej)

TAK NIE

5. - korzystam z Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie OPS/GOPS),

TAK NIE

C. Status Kandydata/ki w kontekście merytorycznej i premiującej oceny kwalifikacji do udzielenia wsparcia w ramach projektu:

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że jestem
(należy zaznaczyć dane pole, jeżeli dotyczy):

1. - **osobą, która na dzień złożenia formularza rekrutacyjnego nie korzysta z usług opiekuńczych** - w celu weryfikacji tego kryterium należy dostarczyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (dla klientów ośrodków) lub oświadczenie (w tym przypadku, Kandydat/ka - lub jego/jej przedstawiciel - zobligowany/zobligowana jest do potwierdzenia niniejszego oświadczenia własnoręcznym podpisem)
2. - **osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności, osobą z niepełnosprawnością sprzężoną, osobą z chorobami psychicznymi, osobą z niepełnosprawnością intelektualną, osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi** - w celu weryfikacji tego kryterium, należy załączyć kserokopię orzeczenia o posiadanym stopniu niepełnosprawności (dokument musi być pobity za zgodność z oryginałem),
3. - **osobą korzystającą z FE PŻ (a zakres wsparcia dla mnie lub rodziny nie będzie powiełał działań, które ja lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z FE PŻ w ramach działań towarzyszących)** - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społeczne
4. - **osobą o następującym statusie dotyczącej mojej sytuacji rodzinnej/struktury gospodarstwa domowego**, tzn. jestem (należy zaznaczyć jedną odpowiedź: „a” lub „b” lub „c”):
 - a. - osobą zamieszkującą samotnie (bez rodziny),
 - b. - osobą samotnie gospodarującą, gdzie członkowie rodziny (jeżeli zaznaczono odpowiedź „b”, wówczas należy wybrać jedną odpowiedź z poniższych):
 - nie odwiedzają mnie w ogóle (w okresie 2 lat- minionych)
 - odwiedzają mnie sporadycznie (2 razy w roku)
 - odwiedzają mnie rzadko (2 razy w miesiącu)
 - odwiedzają mnie często (więcej niż raz na tydzień)
 - c. - żadne z powyższych.
5. - **osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2044r. o pomocy społecznej** (w tym przypadku Kandydat/ka lub jego/jej przedstawiciel- zobligowany/zobligowana jest do potwierdzenia niniejszego oświadczenia własnoręcznym podpisem)
6. - **osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia** - w celu weryfikacji tego kryterium należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej/Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (dotyczy klientów ośrodka) lub oświadczenie (w tym przypadku, Kandydat/ka - lub jego/jej przedstawiciel - zobligowany/zobligowana jest do potwierdzenia niniejszego oświadczenia własnoręcznym podpisem pod tygorem odpowiedzialności karnej)

D. Oświadczenia - dodatkowo oświadczam, że:

1. dobrowolnie zgłaszam swój udział do Projektu,
2. zapoznałem/łam się z zapisami dokumentu Regulamin rekrutacji/uczestnictwa w projekcie pt. „Rozwój stacjonarnych usług opiekuńczych w Gminie Świlcza”, które akceptuję i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie,
3. zostałem poinformowany/a jestem świadomy/a, iż:
 - o Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu operacyjnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.
 - o Moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane,
 - o podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, ale skutkiem braku/odmowy podania danych jest brak możliwości uczestnictwa w projekcie pt. „Rozwój stacjonarnych usług opiekuńczych w Gminie Świlcza”,
 - o moje dane zostaną usunięte po upływie okresu związanego z archiwizacją dokumentacji Projektu.

W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że dostarczę najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:

- a) Deklaracje udziału w Projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 3 do Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w projekcie,
- b) Oświadczenie Uczestnika projektu dotyczące danych osobowych, zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w projekcie.

| NR | WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW: | DOTYCZY | NIE DOTYCZY |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Zaświadczenie z OPS/GOPS o korzystaniu z FE PŻ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej z art.233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane niezbędne w ocenie spełnienia przeze mnie kryterium formalnego (wskazane w punkcie B), za przyznania punktacji w kryterium merytorycznym i premiującym (wskazane w punkcie C) oraz złożone oświadczenia (wskazane w punkcie D) są zgodne z prawdą.

(miejsce i data)

(czytelny podpis Kandydata/ki - w przypadku, gdy Kandydat/ka z powodu posiadanej dysfunkcji nie jest w stanie złożyć podpis osobiście/samodzielnie, wówczas:

- 1) może złożyć podpis tzw. „tusowym odciskiem palca” wraz z wypisanymi obok - przez inną osobę - imieniem i nazwiskiem lub
- 2) podpis może złożyć pełnomocnik/osoba upoważniona na podstawie udzielonego pełnomocnictwa)