

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY – OPIEKUN FAKTYCZNY

*do projektu „Pomocna dłoń”
realizowanego przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej
w ramach Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych
RPO WP na lata 2014-2020*

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:	
Data i podpis osoby przyjmującej formularz	
Numer formularza:	PD/OF/..../..../2018 Pomocna dłoń /Osoba starsza lub niesamodzielna/kolejny numer/ Powiat tj. P- przeworski, J – jarosławski, L – leżajski/2018

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OPIEKUN FAKTYCZNY

1. Nazwisko i imię											
2. Data i miejsce urodzenia	(dd/mm/rrrr)						(miejsce urodzenia)				
3. Pesel											
4. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna					
5. Adres zamieszkania											
Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu											
Kod pocztowy i Miejscowość / Obszar											<input type="checkbox"/> teren wiejski <input type="checkbox"/> teren miejski
Gmina/ Powiat / Województwo						<input type="checkbox"/> przeworski <input type="checkbox"/> jarosławski <input type="checkbox"/> leżajski	<input type="checkbox"/> Podkarpackie <input type="checkbox"/>				
6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)											
7. Telefon stacjonarny / kontaktowy											
8. Adres e-mail											
9. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (<i>ukończona szkoła średnia lub zasadnicza</i>) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe										

CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Spełnianie kryterium formalnego <i>(proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)</i>	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nieodpłatnie opiekuję się osobą starszą / osobą niesamodzielną i nie jestem opiekunem zawodowym <input type="checkbox"/> Oświadczam, że opiekuję się osobą starszą / osobą niesamodzielną zakwalifikowaną do udziału w Projekcie Imię i nazwisko osoby, którą opiekuje się kandydat	
<u>Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam następujące załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów dostępu:</u>	
<input type="checkbox"/> Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie powiatu: <input type="checkbox"/> jarosławskiego <input type="checkbox"/> przeworskiego <input type="checkbox"/> leżajskiego	
Deklaruję udział w następujących formach wsparcia:	
<input type="checkbox"/> Szkolenie z zakresu pierwszej pomocy <input type="checkbox"/> Doradztwo prawne (Wsparcie dotyczy spraw prowadzonych przez NFZ, ZUS, PEFRON tj. pomoc w uzyskiwaniu renty, pomoc finansowa oraz zapewnienie pomocy (np. pielęgniarki w ramach NFZ). Wsparcie obejmuje nie tylko usługę informacyjną ale również pomoc w przygotowaniu pism, interpretacji, zebraniu niezbędnych dokumentów itp.)	

CZĘŚĆ III – DANE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna (<i>Młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i>)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo (Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie (<i>do 9 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (<i>od 10 do 49 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie (<i>od 50 do 249 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (<i>powyżej 250 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia	

	<input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia	

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIE

- Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „Pomocna dłoń” realizowanym przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.01.2018 – 29.02.2020 roku w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.
- Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
- Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.
- Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „Pomocna dłoń”.
- Przyjmuję do wiadomości, że:
 - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
 - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
- Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata



.....
(Imię i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

OŚWIADCZENIE O ZAMIESZKANIU

Ja niżej podpisany/podpisana oświadczam, że w dniu złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu „Pomocna dłoń” (realizowanego przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.01.2018 – 29.02.2020 roku w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych) mieszkam w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w Województwie Podkarpackim na terenie powiatu przeworskiego/jarosławskiego/leżajskiego.

.....
(Podpis)



DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:

Kandydat SPEŁNIA / NIE SPEŁNIA kryteria dostępu do udziału w projekcie.

UZASADNIENIE (jeśli nie spełnia)

.....
.....

Imię i nazwisko Uczestnika Projektu, którego opiekunem faktycznym jest kandydat:

.....

Data

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej