

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

**do projektu „Wsparcie opiekuńcze w powiecie bieszczadzkim”
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:	WOB/...../...../20.... Wsparcie opiekuńcze w powiecie bieszczadzkim / kolejny numer/ powiat bieszczadzkim – B lub DDP w Ustrzykach Dolnych – DDP/ rok

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) – OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

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"/> Gmina					<input type="checkbox"/> bieszczadzki <input type="checkbox"/>			<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 (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe										



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

1. Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

- Oświadczam, że jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego tj:

-

-

- Oświadczam, że nie otrzymałem/łam dotychczas wsparcia instytucjonalnego w postaci usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu

Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuje się dołączyć następujące załączniki potwierdzające spełnienie przez mnie kryteriów formalnych:

- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu/ niekorzystaniu ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (W przypadku korzystania z w/w świadczeń należy na zaświadczeniu określić rodzaj wsparcia).

Zobowiązuje się dołączyć do dnia

- Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim, na terenie powiatu bieszczadzkiego.

- Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

Zobowiązuje się dołączyć do dnia

2. Spełnienie kryterium premiującego (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Oświadczam, że doświadczam wielokrotnego wykluczenia (zgodnie z wypełnionym załącznikiem)
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną w tym osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą
- Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa
- Oświadczam, że jestem osobą, której dochód łączny na gospodarstwo domowe wynosi zł.
- Liczba osób w gospodarstwie domowym

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 w innej niekorzystnej sytuacji społecznej tj.: (- Bezdomność i wykluczenie z dostępu do mieszkań oraz pochodzenie z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3) -osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (brak wykształcenia lub niższe niż podstawowe) - byli więźniowie, narkomani itp.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI

CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „*Wsparcie opiekuńcze w powiecie bieszczadzkim*” realizowanym przez Caritas Archidiecezji Przemyskiej w okresie 01.02.2021 – 31.08.2023 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.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. 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.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „*Wsparcie opiekuńcze w powiecie bieszczadzkim*”.
5. 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.
6. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata/Kandydatki

Do Formularza dołączono następujące załączniki:

Lp.	Nazwa załącznika	Załączono
1.	Zaświadczenie dotyczące korzystania/niekorzystania ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (<i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i>)	<input type="checkbox"/>
2.	Oświadczenie o zamieszkaniu (<i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i>)	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie lekarskie (<i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i>)	<input type="checkbox"/>
4.	Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia (<i>jeśli dotyczy</i>)	<input type="checkbox"/>
5.	Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium osoby z niepełnosprawnością sprzężną i osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym niepełnosprawnością intelektualną i z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (<i>jeśli dotyczy</i>)	<input type="checkbox"/>
6.	Orzeczenie o niepełnosprawności (<i>jeśli dotyczy</i>)	<input type="checkbox"/>
7.	Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego (<i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i>)	<input type="checkbox"/>
8.	Oświadczenie dotyczące korzystania / niekorzystania z pomocy z PO PŻ (<i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i>)	<input type="checkbox"/>
9.	Ocena socjalno-bytowa (<i>obligatoryjnie dla usług mobilnych</i>)	<input type="checkbox"/>
10.	Inne	<input type="checkbox"/>

DECYZJA KOMISJI REKRUTACYJNEJ:

Kandydat **SPEŁNIA** / **NIE SPEŁNIA** kryteria dostępu do udziału w projekcie. **UZASADNIENIE** (jeśli nie spełnia)

.....

Kryteria premiujące:

<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że doświadcza wielokrotnego wykluczenia	10 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami	9 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	8 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba oświadcza, że jest osobą samotnie gospodarującą	7 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba korzysta z PO PŻ	6 pkt.
<input type="checkbox"/>	Osoba, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą lub 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie	5 pkt.
Łączna liczba uzyskanych punktów:	

Określenie zakresu wsparcia i wymiaru, który wynika z informacji zawartych w Formularzu Zgłoszeniowym i załącznikach:

Zakres wsparcia obejmuje usługi opiekuńcze w wymiarze (średnio dziennie):

1 godz. 1,5 godz. 2 godz. 2,5 godz. 3 godz. 3,5 godz.

Częstotliwość wsparcia:

5 razy w tygodniu 3 razy w tygodniu 2 razy w tygodniu 1 raz w tygodniu DDP

Uwagi:

.....

.....

Data

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej