

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
**do projektu „Mobilna opieka w powiecie przemyskim”**  
**realizowanego przez Fundację AMICO**  
**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:	MOPP/...../...../20.... Mobilna opieka w powiecie przemyskim / kolejny numer/ pierwsza litera Gminy/ rok

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

1. Nazwisko i imię							
2. Pesel							
3. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta			<input type="checkbox"/> mężczyzna			
4. 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"/> przemyski <input type="checkbox"/> .....		<input type="checkbox"/> Podkarpackie <input type="checkbox"/> .....		
5. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)							
6. Telefon stacjonarny / kontaktowy							
7. Adres e-mail							
8. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <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 przemyskiego.

- 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 oświadczeniem)
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej w/w schorzenie)
- Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą (zgodnie z wypełnionym oświadczeniem)
- Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (zgodnie z wypełnionym oświadczeniem)
- 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 (&lt;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 „*Mobilna opieka w powiecie przemyskim*” realizowanym przez Fundację AMICO w okresie 01.12.2022 – 31.12.2023 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 „*Mobilna opieka w powiecie przemyskim*”.
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.	Zaświadczenie lekarskie ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
3.	Ocena socjalno-bytowa ( <i>obligatoryjnie dla usług mobilnych</i> )	
4.	Oświadczenie o zamieszkaniu ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
5.	Oświadczenie o doświadczaniu wielokrotnego wykluczenia ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
6.	Dokumenty potwierdzające spełnienie kryterium osoby z niepełnosprawnością sprzężoną i osoby z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
7.	Orzeczenie o niepełnosprawności ( <i>jeśli dotyczy</i> )	<input type="checkbox"/>
8.	Oświadczenie o wielkości gospodarstwa domowego ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</i> )	<input type="checkbox"/>
9.	Oświadczenie dotyczące korzystania / niekorzystania z pomocy z PO PŻ ( <i>obligatoryjnie załącza każdy kandydat/kandydatka</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 osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	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.
<b>Łączna liczba uzyskanych punktów:</b>		<b>.....</b>

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  .....

Uwagi:

.....

.....

Data .....

1. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....

2. Członek Komisji Rekrutacyjnej .....