

**Data wpływu Formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel Projektu)**

Data		Godzina		Numer	<b>OZRP/</b> _____
------	--	---------	--	-------	--------------------

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Projekt „OPIEKA Z REKĄ NA PULSIE – program pomocy dla osób niesamodzielnych”**

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr RPPK.08.03.00-18-0072/18-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

**OSŁO PRIORYTETOWA VIII INTEGRACJA SPOŁECZNA DZIAŁANIE 8.3. ZWIĘKSZENIE DOSTĘPU DO USŁUG SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH**

**Dane personalne**

Imię											
Nazwisko											
Telefon kontaktowy											
Osoba do kontaktu							Stopień pokrewieństwa				
Adres e-mail											
PESEL											
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna										
Obywatelstwo											
Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED 0										
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) ISCED 1										
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2										
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3										
	<input type="checkbox"/> Policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4										
	<input type="checkbox"/> Wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych, tj. osoby, które uzyskały tytuł licencjata lub inżyniera lub magistra lub doktora) ISCED 5-8										

Adres zamieszkania			
Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski		

Status Kandydata/-ki na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, w tym: <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 zatrudnionych osób) <input type="checkbox"/> osoba pracująca w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie (do 250 zatrudnionych osób) <input type="checkbox"/> inne
W przypadku osoby pracującej, należy wybrać – wykonywany zawód (należy wybrać jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego
<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego	<input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego
<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 ośrodka wsparcia ekonomii społecznej	<input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
<input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> rolnik
	<input type="checkbox"/> inny

**W przypadku osoby pracującej, należy wpisać – zatrudniony w:**

Proszę wpisać nazwę instytucji/ przedsiębiorstwa w którym jest Pan/i zatrudniony/a:

.....

**Szczególna sytuacja Kandydata/-ki**

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym w którym <u>żadna</u> z przebywających w nim osób <u>nie pracuje</u>	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK <b>w tym:</b> w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie domowym składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej), tj. osoby pochodzące z obszarów wiejskich (DEGURBA 3), byli więźniowie, narkomani, osoby bezdomne lub wykluczone z dostępu do mieszkań, osoby zagrożone wykluczeniem społecznym, których powód zagrożenia nie został oznaczony w pozostałych polach formularza, osoby z wykształceniem na poziomie ISCED 0.	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

**Oświadczam, że jestem:**

Osobą zamieszkującą obszar powiatu: mielecki/ kolbuszowski/ dębicki/ ropczycko – sędziszowski	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> NIE

Osobą niesamodzielną, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, w tym:	<input type="checkbox"/> <b>osobą samotną</b> w rozumieniu art. 6 pkt. 9 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą samotnie gospodarującą, niepozostającą w związku małżeńskim i nieposiadającą wstępnych ani zstępnych), która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości
	<input type="checkbox"/> <b>osobą gospodarującą</b> w rozumieniu art. 6 pkt.10 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe), gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości
	<input type="checkbox"/> <b>osobą w rodzinie</b> , gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości
Osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej przesłanki)	<input type="checkbox"/> TAK (należy załączyć oświadczenie – Załącznik nr 1) <input type="checkbox"/> NIE
Osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK (należy załączyć oświadczenie – Załącznik nr 2) <input type="checkbox"/> NIE
Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną oraz osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> TAK (należy załączyć oświadczenie – Załącznik nr 2) <input type="checkbox"/> NIE
Osobą korzystającą z PO PŻ (Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2010)	<input type="checkbox"/> TAK (należy załączyć oświadczenie – Załącznik nr 3) <input type="checkbox"/> NIE
Osobą niesamodzielną, której <b>dochód przekracza 150%</b> właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (należy załączyć oświadczenie – Załącznik nr 4)
Preferowana płeć opiekuna prowadzącego	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> brak preferencji
Preferowana forma płatności za usługę opiekuńczą	<input type="checkbox"/> gotówka <input type="checkbox"/> przelew

**W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami lub osoby u których występują potencjalne bariery w udziale w projekcie, prosimy o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić - max 500 znaków**

.....  
*Data złożenia formularza rekrutacyjnego*

.....  
*Czytelny podpis Kandydata/-ki<sup>1</sup>*

**Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań**

**OŚWIADCZAM, że:**

1. zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pt. „OPIEKA Z RĘKĄ NA PULSIE – program pomocy dla osób niesamodzielnych” i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa.
2. zostałem/-am poinformowana, że Projekt pt. „OPIEKA Z RĘKĄ NA PULSIE – program pomocy dla osób niesamodzielnych” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014-2020.
3. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe.
4. wszystkie dokumenty rekrutacyjne w tym załączniki co do treści i informacji w nich zawartych są aktualne na dzień składania formularza rekrutacyjnego do Fundacji Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu,
5. jeżeli w trakcie mojego udziału w projekcie wystąpią okoliczności powodujące zmianę mojego statusu lub inne czynniki, prowadzące w konsekwencji do niekwalifikowania mnie do dalszego udziału w projekcie, poinformuję o tym zdarzeniu Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” – Beneficjenta Projektu.

<sup>1</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie/ osoby ubezwłasnowolnionej powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „OPIEKA Z RĘKĄ NA PULSIE – program pomocy dla osób niesamodzielnych” realizowanego w ramach RPO WP 2014-2020 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych - Dz. U. 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).

.....  
*Data złożenia formularza rekrutacyjnego*

.....  
*Czytelny podpis Kandydata/-ki<sup>2</sup>*

### **Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:**

1. Oświadczenie o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia społecznego – załącznik nr 1
2. Oświadczenie o stopniu i rodzaju niepełnosprawności – załącznik nr 2
3. Oświadczenie o korzystaniu z programu operacyjnego pomoc żywnościowa – załącznik nr 3
4. Oświadczenie o dochodach – załącznik nr 4

---

<sup>2</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie/ osoby ubezwłasnowolnionej powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.