



Data wpływu Formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel Projektu)				
Data		Godzina		Numer SOS/ _____
Liczba uzyskanych punktów wg. Kryterium rekrutacji (wypełnia personel Projektu)				
Kryteria formalne:		Kryteria premiujące:		

FORMULARZ REKRUTACYJNY
Projekt „**S.O.S - Szansa Opieka Samodzielność**”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr RPPK.08.03.00-18-0025/20-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie 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

1. Dane personalne Kandydata do Projektu										
Imię										
Nazwisko										
Telefon										
Adres e-mail										
PESEL										
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna				wiek					
Obywatelstwo										
• Osoba do kontaktu										
Imię i nazwisko					Telefon kontaktowy					

2. Adres zamieszkania Kandydata/tki			
Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			
Nr budynku		Nr lokalu	

Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
--------	--

3. Wykształcenie Kandydata/tki:	
Wykształcenie (należy wybrać najwyższe ukończone)	<input type="checkbox"/> Brak (brak formalnego wykształcenia) ISCED
	<input type="checkbox"/> Podstawowe (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) ISCED 1
	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.) ISCED 2
	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poz. 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

4. Status na rynku pracy Kandydata/-ki w chwili przystąpienia do projektu (należy wybrać jedną odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, w tym: <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <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 <input type="checkbox"/> w mikro, małym lub śred. przedsiębiorstwie <input type="checkbox"/> inne
W przypadku <u>osoby pracującej</u> , należy wybrać wykonywany zawód (jedna odpowiedź):	
<input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <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:

.....

5. 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 w tym: 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
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej 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



6. Kryteria rekrutacji FORMALNE:	
Oświadczam, że jestem:	
Osobą zamieszkującą obszar: miasta Rzeszowa, powiatu rzeszowskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą:	<input type="checkbox"/> samotną 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"/> gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt.10 ust. z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej (tj. osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe), gdy wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości <input type="checkbox"/> w rodzinie , gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości
Osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj.: osobą, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej 1 z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie, potwierdzające, że Uczestnik wymaga pomocy drugiej osoby w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą, która w dniu składania dokumentów rekrutacyjnych ma ukończony 60 rok życia	<input type="checkbox"/> TAK

	<input type="checkbox"/> NIE	
7. Kryteria rekrutacji PREMIUJĄCE:		
Oświadczam, że jestem:		PUNKTY: (wypełnia Personel Projektu)
Osobą w trakcie lub po leczeniu kardiologicznym, onkologicznym lub innym powodującym niesamodzielność Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie	<input type="checkbox"/> TAK	___ / 5 pkt.
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: odpowiednio wypełniony Załącznik nr 1	<input type="checkbox"/> TAK	___ / 5 pkt.
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK	___ / 5 pkt.
	<input type="checkbox"/> NIE	
- Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną / - osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną / - osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK	___ / 5 pkt.
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osobą korzystającą z PO PŻ (Program Operacyjny Pomoc Żywnościowa 2014-2020) a zakres uzyskanego wsparcia nie będzie powielał działań, które otrzymałam/em /otrzymuję z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej	<input type="checkbox"/> TAK	___ / 5 pkt.
	<input type="checkbox"/> NIE	
Osobą, której dochód NIE przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: odpowiednio wypełniony Załącznik nr 2 wraz z dokumentami potwierdzającymi.	<input type="checkbox"/> TAK	___ / 5 pkt.
	<input type="checkbox"/> NIE	



8. Dodatkowe	
Preferowana płeć opiekuna prowadzącego	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/> brak preferencji
Preferowana forma płatności za usługę opiekuńczą (jeśli dotyczy)	<input type="checkbox"/> gotówka <input type="checkbox"/> przelew
<p>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</p>	

.....
Data złożenia formularza rekrutacyjnego

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki²

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. „**S.O.S - Szansa Opieka Samodzielność**” i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa.
2. zostałem/-am poinformowana, że Projekt pt. „**S.O.S - Szansa Opieka Samodzielność**” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

² W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki



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.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie i przetwarzanie moich danych osobowych do celów rekrutacyjnych, udzielenia wsparcia oraz kontroli, monitoringu i sprawozdawczości w ramach projektu pn. „**S.O.S - Szansa Opieka Samodzielność**” realizowanego w ramach RPO WP 2014-2020 (zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. 2018 poz. 1000, z późn. zm.).

.....
Data złożenia formularza rekrutacyjnego

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki³⁴

Załączniki do Formularza rekrutacyjnego:

1. Oświadczenie o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia społecznego – załącznik nr 1 (jeśli dotyczy)
2. Oświadczenie o dochodach – załącznik nr 2 (jeśli dotyczy)

³ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.

⁴ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej/ osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.

W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/teki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/teki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/teki