

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

### FORMULARZ REKRUTACYJNY

Projekt „**samoDZIELNI**”

współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy nr RPPK.08.03.00-18-0052/22-00 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**

Wnioskuje o objęcie wsparciem	<input type="checkbox"/> opiekuńczym ( <b>grupa 1</b> ) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> asystenckim ( <b>grupa 2</b> ) <sup>2</sup>
-------------------------------	--

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/teki			
Województwo			
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica			

<sup>1</sup> Osoby starsze/potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu

<sup>2</sup> Osoby niepełnosprawne



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"/> <b>Brak</b> (brak formalnego wykształcenia) ISCED
	<input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły podst.) ISCED 1
	<input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły gimn.) ISCED 2
	<input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> (kształcenie ukończone na poz. szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) ISCED 3
	<input type="checkbox"/> <b>Policealne</b> (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4
	<input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> (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, <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne
<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo, <b>w tym:</b> <input type="checkbox"/> ucząca się <input type="checkbox"/> nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> inne	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca, <b>w tym:</b> <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 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 <u>osoby pracującej</u> , należy wpisać – zatrudniony w:		
Proszę wpisać nazwę instytucji/ przedsiębiorstwa w którym jest Pan/i zatrudniony/a: .....		

<b>5. Szczególna sytuacja Kandydata/-ki</b>	
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
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 o.	<input type="checkbox"/> NIE
	<input type="checkbox"/> TAK
	<input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji



<b>6. Kryteria rekrutacji FORMALNE:</b>	
<b>Oświadczam, że jestem:</b>	
Osobą zamieszkującą obszar: miasta Rzeszowa, powiatu rzeszowskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osobą:	<input type="checkbox"/> <b>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>samotnie 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>w rodzinie</b> , gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości
<p><b>Osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu</b> 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</p> <p><b><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u></b> zaświadczenie lekarskie, potwierdzające, że Uczestnik wymaga pomocy drugiej osoby w codziennym funkcjonowaniu</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Osobą, która w dniu składania dokumentów rekrutacyjnych <b>ma ukończony 60 rok życia (GR. 1)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
Osobą, która posiada aktualne <b>orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym lub znacznym ( GR. 2)</b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> NIE DOTYCZY
<b>7. Kryteria rekrutacji PREMIUJĄCE:</b>	
<b>Oświadczam, że jestem:</b>	<b>PUNKTY:</b> (wypełnia Personel Projektu)
Osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia <b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> odpowiednio wypełniony Załącznik nr 1	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ___ / 5 pkt.
Osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności <b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ___ / 5 pkt.
- Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną / - osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną / - osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi <b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności - kserokopia poświadczona za zgodność z oryginałem	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ___ / 5 pkt.
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 <b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ___ / 5 pkt.
Osobą, której <b>dochód NIE przekracza 150%</b> właściwego kryterium dochodowego, o którym mowa w ust. z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej <b>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</b> odpowiednio wypełniony Załącznik nr 2 wraz z dokumentami potwierdzającymi.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE ___ / 5 pkt.

8. Dodatkowe	
Preferowana płeć opiekuna/asystenta 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
<b>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</b>	

.....  
Data złożenia formularza rekrutacyjnego

.....  
Czytelny podpis Kandydata/-ki<sup>34</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. „**samoDZIELNI**” i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa.
2. zostałem/-am poinformowana, że Projekt pt. „**samoDZIELNI**” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014-2020.

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

<sup>4</sup> W przypadku braku możliwości uzyskania czytelnego podpisu od Kandydata/tki należy: wykonać tuszowy odcisk palca Kandydata/tki, a osoba będąca świadkiem tego zdarzenia udziela swojego czytelnego podpisu, a przy tuszowym odcisku odnotowuje imię i nazwisko Kandydata/tki



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. „**samoDZIELNI**” 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 wypełnienia formularza rekrutacyjnego*      *Czytelny podpis Kandydata/-ki<sup>56</sup>*

**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)

<sup>5</sup> W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/prawnego opiekuna.

<sup>6</sup> 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

