



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

FORMULARZ REKRUTACYJNY – CZĘŚĆ A
Projekt: „**poMOCNA dłoń**”

Współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA”, na podstawie Umowy
nr RPPK.o8.03.00-18-0018/21 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

| CZĘŚĆ A | | | | | | | | | |
|---|--|--|------|--------------------|--|--|--|--|--|
| 1. Dane personalne Kandydata/ki 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/teki | |
|---|--|
| 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 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: | |



| 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 |
| 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 |
| 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 |



| 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"/> samotnie 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 niezamieszkujący 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 |
| <p>Osobą potrzebująca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu tj.: osobą, która ze względu wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego</p> <p><u>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć:</u> zaświadczenie lekarskie, potwierdzające, że Kandydat wymaga pomocy drugiej osoby w codziennym funkcjonowaniu w oparciu o skalę Barthel (załącznik nr. 1)</p> | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |



| | |
|---|---|
| <p>Osobą wymagającą korzystania z danego specjalistycznego sprzętu rehabilitacyjnego/pielęgnacyjnego/ wspomagającego</p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie, potwierdzające, że Kandydat wymaga korzystania z danego sprzętu rehabilitacyjnego (załącznik nr. 1)</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> |
|---|---|

| 7. Kryteria rekrutacji PREMIUJĄCE | | |
|--|---|--|
| Oświadczam, że jestem: | | PUNKTY: (wypełnia Personel Projektu) |
| <p>Osobą która przebyła zakażenie wirusem COVID19, osobą która jest w trakcie rehabilitacji pocovidowej</p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 15 pkt.</p> |
| <p>Osobą której sprawność ruchowa nie pozwala na samodzielne poruszanie/ przemieszczanie się tj. osoby leżące, obłożnie chore</p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 10 pkt.</p> |
| <p>Osobą której sprawność ruchowa pozwala w stopniu średnim/ słabym na samodzielne poruszanie/ przemieszczanie się</p> <p>Na potwierdzenie spełniania kryterium należy załączyć: zaświadczenie lekarskie</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> | <p>___ / 5 pkt.</p> |



| 8. Dedykowana ścieżka wsparcia | |
|--|---|
| <p>W ramach udziału w projekcie chciałbym/ chciałybym wypożyczyć pakiet:</p> <p>Pakiet 1 1A - łóżko rehabilitacyjne 1B - materac antyodleżynowy 1C - wyciąg/ podnośnik transportowy</p> <p>Pakiet 2 2A - bieżnia elektryczna 2B – elektrostymulator</p> <p>Pakiet 3 3A - koncentrator tlenu 3B - trener oddechu 3C - pulsoksymetr</p> | <p>Proszę wskazać <u>jeden</u> wybrany pakiet:</p> <p><input type="checkbox"/> Pakiet 1</p> <p><input type="checkbox"/> Pakiet 2</p> <p><input type="checkbox"/> Pakiet 3</p> |
| <p>Chciałbym/ Chciałybym wypożyczyć wskazany powyżej pakiet sprzętu rehabilitacyjnego/ pielęgnacyjnego/ wspomagającego na okres:</p> <p><u>Okres wypożyczenia wynosi od 6 do 24 tygodni.</u></p> | <p>..... tygodni</p> |
| <p><u>Dodatkowo:</u></p> <p>Chciałbym/Chciałybym wskazać osobę która pełni wobec mnie funkcję opiekunczą do indywidualnego szkolenia z zakresu opieki nad osobą niesamodzielną.</p> <p>Jeśli TAK, proszę przejść do wypełnienia części B formularza rekrutacyjnego</p> | <p><input type="checkbox"/> TAK</p> <p><input type="checkbox"/> NIE</p> |

.....
Data złożenia formularza rekrutacyjnego

.....
Czytelny podpis Kandydata/-ki¹²

¹ W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby ubezwłasnowolnionej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej rodzica/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



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. „**poMOCNA dłoń**” i spełniam wszystkie określone w nim warunki uczestnictwa.
2. zostałem/-am poinformowany, że Projekt pt. „**poMOCNA dłoń**” realizowany przez Fundację Rozwoju Społeczno-Gospodarczego „INWENCJA” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w
3. ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego 2014-2020.
4. dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w Projekcie są prawdziwe.
5. **oświadczam, że jestem osobą niemającą możliwości finansowania danego sprzętu ze środków publicznych**
6. 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,
7. 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. „**poMOCNA dłoń**” 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. Skala Barthel

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

⁴ 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