

FORMULARZ REKRUTACYJNY - OPIEKUN FAKTYCZNY

DO PROJEKTU: „Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach II”

REALIZOWANEGO PRZEZ CARITAS DIECEZJI RZESZOWSKIEJ

<i>Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:</i>	
Data wpływu i podpis osoby przyjmującej formularz:

CZĘŚĆ I.: DANE PERSONALNE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

1. Nazwisko i imię											
2. Data i miejsce urodzenia											
3. Pesel											
4. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna					
5. <u>Adres zamieszkania:</u>	<input type="checkbox"/> województwo podkarpackie					<input type="checkbox"/> powiat leski					
6. Gmina	<input type="checkbox"/> Baligród <input type="checkbox"/> Cisna <input type="checkbox"/> Lesko <input type="checkbox"/> Olszanica <input type="checkbox"/> Solina										
7. Kod pocztowy, poczta											
8. Ulica lub miejscowość, nr domu											
9. Telefon/y kontaktowy/e (podać imię i nazwisko użytkownika tel.)											
10. Adres e-mail											
11. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne/średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe										

CZĘŚĆ II: OŚWIADCZENIA KANDYDATA W ZAKRESIE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW FORMALNYCH

Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

- Oświadczam, że jestem opiekunem osoby niesamodzielnej zakwalifikowanej do projektu „Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach II”

.....
(proszę podać imię i nazwisko osoby, którą opiekuje się kandydat)

- Oświadczam, że jestem osobą pełnoletnią, niebędącą opiekunem zawodowym i nie pobieram wynagrodzenia (umowa o pracę lub umowa cywilno-prawna) z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną.
- Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu leskiego, w województwie podkarpackim.

Oświadczam, iż zobowiązuję się do uczestnictwa w szkoleniu z zakresu udzielania pierwszej pomocy:

.....
podpis kandydata

CZEŚĆ III: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SL2014

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:		
Osoba bierna zawodowo [osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna]	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Inne (np. emeryt, rencista)	
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 (młodzież poniżej 25 lat przez okres ponad 6 miesięcy, dorośli 25 lat lub więcej przez okres ponad 12 miesięcy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników)
------------------------	---

	<input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> inne
Wykonywany zawód	<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 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 <input type="checkbox"/> inny
Proszę 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
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
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ IV: OŚWIADCZENIA DODATKOWE

1. Wyrażam zgodę na udział w projekcie „*Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach II*”, wdrażanym przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej w okresie od 01.01.2019 do 31.12.2021 r., 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. Oświadczam, że zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (DE) 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych RODO - Dz.U. UE L 119, s. 1) **wyrażam** zgodę na przetwarzanie przez **Caritas Diecezji Rzeszowskiej**, moich danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do:
 - gromadzenia, przetwarzania i przekazywania moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu.
 - **Ks. Stanisław Słowik**, jako administrator danych osobowych, informuje Pana/Panią, iż: podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne we wskazanych powyżej celach; posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych i ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia, przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania;
 - informujemy, iż Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane innym odbiorcom danych jedynie w celach koniecznych do realizacji zadania i po uprzednim poinformowaniu Panią/Pana o tym fakcie; Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane;
 - Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich lub organizacji międzynarodowej.
 - kontakt do Inspektora Ochrony Danych Osobowych Pani/Pana danych **Bartosz Grabowy**, e-mail: kancelaria@adwokatgrabowy.pl
 - podane dane będą przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) i zgodnie z treścią - ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO).;
 - dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do realizacji wymienionych powyżej celów oraz wynikających z ich tytułu roszczeń;
 - podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest warunkiem świadczenia pomocy charytatywno-opiekuńczej i humanitarnej. Brak podania danych osobowych będzie skutkowało niemożnością udzielenia wsparcia;
 - ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych (RODO) z dnia 27 kwietnia 2016.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „*Dzienny Dom Pomocy w Myczkowcach II*”
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