

FORMULARZ REKRUTACYJNY

DO PROJEKTU: „Domowe Usługi Opiekuńcze (DUO) w powiecie leskim.”

REALIZOWANEGO PRZEZ CARITAS DIECEZJI RZESZOWSKIEJ

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

CZĘŚĆ I.: DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU – OSOBA NIESAMODZIELNA

1. Nazwisko i imię											
2. Data i miejsce urodzenia											
3. Pesel											
4. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna					
5. Adres zamieszkania											
6. Ulica/miejscowość/nr domu/nr lokalu											
7. Kod pocztowy/pocztą											
8. Powiat/Województwo	<input type="checkbox"/> leski					<input type="checkbox"/> podkarpackie					
9. Telefon kontaktowy (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 I PREMIUJĄCYCH W PROJEKCIE NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA

Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu leskiego, w województwie podkarpackim.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie otrzymałam/-em dotychczas wsparcia w postaci usług opiekuńczych/asystenckich/ specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałam/-em je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach niniejszego projektu.
Do Formularza rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuję się dołączyć załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów formalnych:
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu/niekorzystaniu ze świadczeń opiekuńczych/asystenckich/specjalistycznych usług opiekuńczych (w przypadku korzystania z w/w świadczeń należy na zaświadczeniu określić rodzaj wsparcia).
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż jestem osobą niesamodzielną, wymagającą pomocy osób trzecich.
Spełnianie kryterium premiującego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce, można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielną, samotnie gospodarującą której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę tj. 951 zł.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielną, zamieszkującą z rodziną , której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę w rodzinie tj. 771 zł.
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia, rozumianego jako występowanie więcej niż jednej z przesłanek, o której mowa w <i>Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.</i>
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności).
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną i osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobą z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (należy załączyć kopię orzeczenia lekarskiego).
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej).

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 [<i>osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna</i>]	<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 [<i>młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i>]	<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 (<i>do 9 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (<i>od 10 do 49 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (<i>od 50 do 249 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (<i>powyżej 250 pracowników</i>) <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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<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

- Wyrażam zgodę na udział w projekcie „*Domowe Usługi Opiekuńcze (DUO) w powiecie leskim*”, wdrażanym przez Caritas Diecezji Rzeszowskiej w okresie od 01.06.2018 do 31.12.2020 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. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich aktualizacji.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „*Domowe Usługi Opiekuńcze (DUO) w powiecie leskim.*”
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