

FORMULARZ REKRUTACYJNY

DO PROJEKTU: „Rozwój usług opiekuńczych na terenie Gminy Chmielnik” złożonego w odpowiedzi na nabór nr FEPK.07.18-IP.01-001/23 w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, nr projektu FEPK.07.18-IP.01-0021/23

REALIZOWANEGO przez Gminę Chmielnik/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Chmielniku w okresie od 01.04.2024 do 31.05.2027 r.

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

CZĘŚĆ I: DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU – OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU

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. Miejscowość/nr domu/nr lokalu											
7. Gmina											
8. Adres do korespondencji <i>jeżeli jest inny niż zamieszkania</i>											
9. Kod pocztowy/poczta											
10. Powiat/Województwo	<input type="checkbox"/> rzeszowski					<input type="checkbox"/> podkarpackie					
11. Telefon kontaktowy											
12. Adres e-mail											
13. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> Podstawowe										

- | | |
|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Gimnazjalne
<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne
<input type="checkbox"/> Policealne
<input type="checkbox"/> Wyższe |
|--|---|

CZEŚĆ 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)

- Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego
- Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie gminy Chmielnik, w województwie podkarpackim
- Oświadczam, że jestem osobą w wieku powyżej 60 roku życia

Do Formularza rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuję się dołączyć załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów formalnych:

- Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ stwierdzające, iż jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego

Spełnianie kryterium premiującego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce, można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną
- Oświadczam, że jestem osobą ze stwierdzoną chorobą psychiczną
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną
- Oświadczam, że jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi
- Oświadczam, że jestem osobą korzystającą z Programu FEPŻ
- Oświadczam, że jestem osobą zamieszkałą samotnie.

Do Formularza rekrutacyjnego dołączam/zobowiązuję się dołączyć załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów premiujących:

- Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez uprawniony organ
- Zaświadczenie z GOPS o korzystaniu z FEPŻ
- Zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie potwierdzające, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi/ osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (zaznaczyć właściwe)

CZEŚĆ III: INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE

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 urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna	<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
Miejsce 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	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

CZĘŚĆ IV.: OŚWIADCZENIA DODATKOWE

1. **Wyrażam zgodę na udział w projekcie „Rozwój usług opiekuńczych na terenie Gminy Chmielnik”**
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 rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016//679 z 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. 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 „Rozwój usług opiekuńczych na terenie Gminy Chmielnik”
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