**FORMULARZ REKRUTACYJNY - OSOBA NIESAMODZIELNA**

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

**REALIZOWANEGO PRZEZ CARITAS DIECEZJI RZESZOWSKIEJ**

|  |
| --- |
| *Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:* |
| Data wpływu i podpis osoby przyjmującej formularz: | ………………………………………………………… |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nazwisko i imię
 |  |
| 1. Data i miejsce urodzenia
 |  |
| 1. Pesel
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Płeć
 | * kobieta
 | * mężczyzna
 |
| 1. Adres zamieszkania
 |  |
| 1. Ulica/miejscowość/nr domu/nr lokalu
 |  |
| 1. Kod pocztowy/poczta
 |  |
| 1. Powiat/Województwo
 | * leski
 | * podkarpackie
 |
| 1. Telefon kontaktowy (podać imię i nazwisko użytkownika tel.)
 |  |
| 1. Adres e-mail
 |  |
| 1. Wykształcenie
 | * Niższe niż podstawowe
* Podstawowe
* Gimnazjalne
* Ponadgimnazjalne/średnie
* Policealne
* 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)* |
| * Oświadczam, że jestem osobą, która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.
* Oświadczam, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego na terenie powiatu leskiego, w województwie podkarpackim.
* 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:*** 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).*
* 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)* |
| * Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością i/lub niesamodzielną, **samotnie gospodarującą** której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę tj. **951 zł.**
* 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.**
* Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia, rozumianego jako występowanie więcej niż jednej z przesłanek, o której mowa *w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.*
* Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (*należy załączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności).*
* 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).*
* 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** *[osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna]* | * TAK
 | * NIE
 |
|  w tym: | * Osoba ucząca się
* Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
* Inne (np. emeryt, rencista).
 |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba długotrwale bezrobotna *[młodzież(<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy]* | * TAK
 | * NIE
 |
|  |
| **Osoba pracująca** | * w organizacji pozarządowej
* w administracji rządowej
* w administracji samorządowej
* w mikroprzedsiębiorstwie *(do 9 pracowników)*
* w małym przedsiębiorstwie *(od 10 do 49 pracowników)*
* w dużym przedsiębiorstwie *(od 50 do 249 pracowników)*
* w dużym przedsiębiorstwie *(powyżej 250 pracowników)*
* osoba prowadząca działalność na własny rachunek
* inne
 |
| Wykonywany zawód | * instruktor praktycznej nauki zawodu
* nauczyciel kształcenia ogólnego
* nauczyciel wychowania przedszkolnego
* nauczyciel kształcenia zawodowego
* pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia
* kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji rynku pracy
* pracownik instytucji szkolnictwa wyższego
* pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej
* pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej
* pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej
* rolnik
* 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 | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba z niepełnosprawnościami | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu | * TAK
 | * NIE
 |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | * TAK
 | * NIE
 |

**CZĘŚĆ IV.:** **OŚWIADCZENIA DODATKOWE**

1. 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.

1. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

………………………….................………. …………………………………….………………

 *Miejscowość, data Podpis*