

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO DOD
„POGODNE WZRASTANIE”

Złożenie formularza rekrutacyjnego stanowi pierwszy etap rekrutacji i nie jest jednoznaczne z przyjęciem do DOD. Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z *Regulaminem organizacyjnym i uczestnictwa w DOD „Pogodne wzrastanie”*

Nazwa jednostki prowadzącej DOD	Fundacja Pomocy Młodzieży im. Św. Jana Pawła II "WZRASTANIE"
--	---

INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/KANDYDATKI

DANE PERSONALNE KANDYDATA/KANDYDATKI			
Imię / Imiona			
Nazwisko			
Data i miejsce urodzenia			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
Seria i nr dowodu osobistego		Dowód osobisty wydany przez:	
PESEL			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne ¹ <input type="checkbox"/> pomaturalne ² <input type="checkbox"/> wyższe ³		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica ⁴ :			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy ⁵ :	
Gmina:		Powiat:	
Województwo			

¹ Wykształcenie ponadgimnazjalne - średnie lub zasadnicze zawodowe.

² Wykształcenie pomaturalne - ukończona szkoła policealna, ale nieukończone studia wyższe. Każda szkoła po zdaniu matury.

³ Wykształcenie wyższe - uzyskany tytuł licencjata, inżyniera, magistra lub doktora.

⁴ W przypadku braku ulicy należy wpisać miejscowość. W przypadku, gdy adres kontaktowy osoby objętej wsparciem w ramach projektu podlega pod kod pocztowy innego miasta, w polu Ulica wpisać po przecinku nazwę miejscowości, w której Uczestnik/-czka mieszka, a w polu „Miejscowość” należy podać nazwę miejscowości, w której znajduje się odpowiedni urząd oddawczy

⁵ Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod którą podlega dana miejscowość.

Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski ⁶	<input type="checkbox"/> wiejski ⁷
Telefon stacjonarny		
Telefon komórkowy:		
Adres e-mail:		
ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli adres korespondencyjny jest taki sam jak adres zamieszkania należy wpisać jw. lub myślNIK)		
Ulica ⁴ :		
Nr domu:		Nr lokalu:
Miejscowość:		Kod pocztowy ⁵ :
Gmina:		Powiat:
Województwo		
DANE TELEADRESOWE OPIEKUNA PRAWNEGO (wypełnić w przypadku gdy kandydat jest osobą ubezwłasnowolnioną)		
Ulica ⁶ :		
Nr domu:		Nr lokalu:
Miejscowość:		Kod pocztowy ⁵ :
Gmina:		Powiat:
Województwo		
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski ⁶	<input type="checkbox"/> wiejski ⁷
Telefon stacjonarny		
Telefon komórkowy:		
Adres e-mail:		

II. Ankieta dotycząca kryteriów kwalifikacyjnych Kandydata/Kandydatki

Moim miejsce zamieszkania, zgodnie z ustawą z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, jest powiat jarosławski w województwie podkarpackim	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niesamodzielną, tj. osobą, 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.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą mieszkającą samodzielnie w gospodarstwie domowym.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności i posiadam stosowne orzeczenie o niepełnosprawności.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (jeśli TAK, należy uzupełnić zał. Nr 6)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

⁶ Za obszar miejski uznaje się lokalizację w granicach administracyjnych miasta.

⁷ Obszary wiejskie należy rozumieć zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, która opiera się na podziale jednostek administracyjnych zastosowanym w rejestrze TERYT. Według GUS, obszarami wiejskimi są tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko - wiejskiej. Wyodrębnienie części wiejskiej w ramach gminy miejsko - wiejskiej możliwe jest dzięki odrębnemu identyfikatorowi terytorialnemu.

Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną lub osobą z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

OŚWIADCZENIA

Świadomy/Świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U.2016.1137 z późn. zm.), przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

1. dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym do udziału w DOD są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z DOD „Pogodne Wzrastanie” oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania;
2. zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w DOD „Pogodne Wzrastanie” przez Fundację Pomocy Młodzieży im. św. Jana Pawła II i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym;
3. zamieszkuje na terenie powiatu jarosławskiego (województwo podkarpackie);
4. zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z zapewnieniem trwałości projektu;
5. w przypadku zakwalifikowania do udziału w DOD „Pogodne Wzrastanie” zobowiązuje się do dostarczenia wszelkich dokumentów potwierdzających dane zawarte w Formularzu rekrutacyjnym.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata/Kandydatki*

Załączniki składane na etapie rekrutacji:

1. Oświadczenie Kandydata/Kandydatki do udziału w DOD o zapoznaniu się i akceptacji *Regulaminu organizacyjnego i uczestnictwa w DOD „Pogodne WZRASTANIE”*
2. Oświadczenie dotyczące miejsca zamieszkania.
3. Oświadczenie kandydata/kandydatki o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych.
4. Oświadczenie o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia.
5. Oświadczenie o korzystaniu ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych.
6. Zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia osoby ubiegającej się o wsparcie w formie usług opiekuńczych DOD.

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego

**OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ I AKCEPTACJI
Regulaminu organizacyjnego i uczestnictwa w DOD „Pogodne WZRASTANIE”**

Ja niżej podpisany/a

Posiadający/a nr Pesel:

Zamieszkały/a (adres zamieszkania Kandydata/Kandydatki):

.....
.....
.....

OŚWIADCZAM, że:

zapoznałem/zapoznałam się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu organizacyjnego i uczestnictwa w DOD „Pogodne WZRASTANIE”

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu ⁸, o którym mowa i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie uczęszczania do DOD.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Kandydata)

⁸ Zmieniony Regulamin będzie każdorazowo publikowany na stronach internetowych Fundacji „WZRASTANIE”.

Załącznik nr 2 do Formularza rekrutacyjnego

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE MIEJSCA ZAMIESZKANIA

Ja, niżej podpisany/a,

.....
(imię i nazwisko)

Zamieszkały/a,.....

.....
(adres zamieszkania)

Nr PESEL:

.....

**świadomy/ma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego
za składanie fałszywych zeznań oświadczam, że:**

Jestem osobą zamieszkującą na terenie powiatu jarosławskiego

Nie jestem osobą zamieszkującą na terenie powiatu jarosławskiego

.....
(Data i podpis kandydatki/kandydata/opiekuna prawnego)

**OŚWIADCZENIE KANDYDATA/KANDYDATKI
O WYRAŻENIU ZGODY
NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Ja niżej podpisany/a

Posiadający/a nr Pesel:

Zamieszkały/a (adres zamieszkania Kandydata/Kandydatki):

.....
.....
.....

OŚWIADCZAM, że:

wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych w Formularzu rekrutacyjnym (zgodnie z Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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)) do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Realizatora projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie oraz na potrzeby rekrutacji i sprawozdawczości prowadzonej przez Fundację Pomocy Młodzieży im. św. Jana Pawła II "WZRASTANIE". Moja zgoda obejmuje również przetwarzania danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel. Dotyczy to wszelkich zdjęć, nagrań itp. z moim udziałem wykonanych na zlecenie i/lub przez Fundację Pomocy Młodzieży im. Św. Jana Pawła II "WZRASTANIE".

.....
(Data i podpis kandydatki/kandydata/opiekuna prawnego)

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O DOŚWIADCZANIU WIELOKROTNEGO WYKLUCZENIA
SPOŁECZNEGO DO UDZIAŁU W DOD „POGODNE WZRASTANIE”**

Świadomy/Świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U.2016.1137 z późn. zm.), przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, iż jestem:

osobą korzystającą lub będącą członkiem rodziny korzystającej ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniającą co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej, szczególnie z powodu bezrobocia i ubóstwa

tak nie

osobą, o której mowa w art. 1 ust. 2 ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o zatrudnieniu socjalnym:

1. bezdomną realizującą indywidualny program wychodzenia z bezdomności, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
2. uzależnioną od alkoholu, po zakończeniu programu psychoterapii w zakładzie leczenia odwykowego;
3. uzależnioną od narkotyków lub innych środków odurzających, po zakończeniu programu terapeutycznego w zakładzie opieki zdrowotnej;
4. chorą psychicznie, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego;
5. bezrobotną, w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu, pozostającą bez pracy przez okres co najmniej 36 miesięcy;
6. zwalnianą z zakładu karnego, mającą trudności w integracji ze środowiskiem, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej;
7. uchodzącą realizującym indywidualny program integracji, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej,

osobą z niepełnosprawnością – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z 27.08.1997r.o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych(Dz.U. z 2011 r. Nr 127, poz. 721, z późn. zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi w roz. ustawy z 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2011 r. Nr 231,poz. 1375, z późn. zm.);

- członkiem rodziny z dzieckiem z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z rodziców lub opiekunów nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad dzieckiem z niepełnosprawnością;
- osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu;
- osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020;
- osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020.

.....
(Data i podpis kandydatki/kandydata/opiekuna prawnego)

Załącznik nr 5 do Formularza rekrutacyjnego

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

**OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU ZE ŚWIADCZEŃ OPIEKUŃCZYCH
I/LUB SPECJALISTYCZNYCH
DO UDZIAŁU W DOD „POGODNE WZRASTANIE”**

Świadomy/Świadoma odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (t.j. Dz.U.2016.1137 z późn. zm.), przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 3 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że:

Korzystałem-łam/ Nie korzystałem-łam⁹ z usług opiekuńczych lub specjalistycznych w oparciu o art. 50 Ustawy o Pomocy Społecznej:

- przysługujących osobie samotnej, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, a jest jej pozbawiona.
- przysługujących osobie, która wymaga pomocy innych osób, a rodzina, a także wspólnie zamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić.

.....
(Data i podpis kandydatki/kandydata/opiekuna prawnego)

⁹ Właściwe podkreślić.

**ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O STANIE ZDROWIA
OSOBYUBIEGAJĄCEJ SIĘ O WSPARCIE W FORMIE USŁUG
OPIEKUŃCZYCH DOD**

1.	Nazwisko i imię osoby ubiegającej się o skierowanie do Domu Opieki Diennej (DOD):	
2.	Data i miejsce urodzenia:	
3.	Kandydat/ka ubiegający się o wsparcie nie wymaga leczenia szpitalnego:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
4.	Stan innych narządów i układów, choroby współistniejące:	
5.	Używane zaopatrzenie ortopedyczne i sprzęt rehabilitacyjny, ewentualne potrzeby w tym zakresie:	
6.	Zalecenie w zakresie diety żywieniowej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK, jakiego rodzaju.....	
7.	Kandydat/ka ubiegający/a się o udział w DOD, ze względu na stan zdrowia, potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK, z jakiego powodu: <input type="checkbox"/> Stan zdrowia (rodzaj choroby): <input type="checkbox"/> Niepełnosprawność	
8.	Kandydat/ka ubiegający/a się o wsparcie jest osobą:	- z niepełnosprawnością sprzężoną	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		- z zaburzeniami psychicznymi (w tym osoba z niepełnosprawnością intelektualną i osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9.	Czy istnieje konieczność objęcia wsparciem kandydata/ki ubiegającego/ej się o wsparcie przez specjalistę:	Psycholog	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Terapeuta	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Prawnik	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
		Inny.....	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis lekarza)