Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji, uczestnictwa oraz wsparcia

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**do projektu: „Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnością i usługi opiekuńcze dla seniorów z powiatu przeworskiego i łańcuckiego szansą na podniesienie poziomu jakości życia”

*Beneficjent:* *FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY IM. ŚW. JANA PAWŁA II WZRASTANIE w Przeworsku
PRIORYTET 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian
DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej programu regionalnego
Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.*

**UWAGA!** Przed rozpoczęciem wypełniania Formularza zgłoszeniowego do Projektu należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji, uczestnictwa oraz wsparcia w Projekcie **„**Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnością i usługi opiekuńcze dla seniorów z powiatu przeworskiego i łańcuckiego szansą na podniesienie poziomu jakości życia**”**. Formularz Zgłoszeniowy należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, w miarę możliwości drukowanymi literami lub komputerowo (we wszystkich wskazanych białych miejscach). Przyjmowane będą jedynie kompletne, poprawnie wypełnione formularze.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data wpływu: | …………..…….2024 r;……:…… | Nr identyfikacyjny | FW/7.18/OPIEKA/……… |
| Liczba przyznanych punktów |  | Podpis osoby przyjmującej |  |
| Numer uczestnika | FW/7.18/OPIEKA/UP/…………… |

 **I. DANE OSOBOWE KANDYDATA/KANDYDATKI**

Wszystkie pola muszą być wypełnione[[1]](#footnote-1)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko** |  |
| **Imię/ Imiona** |  | **Wiek** |  |
| **PESEL** | \_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **Płeć** | ⬜ Kobieta⬜ Mężczyzna |
| **Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność**  | ⬜ Tak ⬜ Nie ⬜ Nie dotyczy[[2]](#footnote-2) |
| **Miejsce zamieszkania/Dane kontaktowe** *należy podać adres zamieszkania, który umożliwi również dotarcie do uczestnika projektu w przypadku, kiedy zostanie on wylosowany do udziału w badaniu ewaluacyjnym [[3]](#footnote-3)* |
| **Ulica** |  | **Nr domu** |  | **Nr lokalu** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Kod pocztowy**  |  - | **Poczta** |  |
| **Powiat** | ⬜ Łańcucki⬜ Przeworski | **Województwo** | PODKARPACKIE |
| **Gmina** | ⬜ Adamówka ⬜Białobrzegi ⬜ Czarna ⬜ Gać ⬜ Jawornik Polski ⬜ Kańczuga ⬜ m. Łańcut ⬜ wiejska Łańcut ⬜ Markowa ⬜ m. Przeworsk ⬜ wiejska Przeworsk ⬜ Rakszawa ⬜ Sieniawa ⬜ Tryńcza ⬜ Zarzecze ⬜ Żołynia |
| **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** |  | **Telefon** |  |
| **Wykształcenie** |
| ⬜ niższe niż podstawowe [[4]](#footnote-4) | ⬜ Podstawowe [[5]](#footnote-5) | ⬜ Gimnazjalne [[6]](#footnote-6) | ⬜ Ponadgimnazjalne [[7]](#footnote-7) | ⬜ Pomaturalne [[8]](#footnote-8) | ⬜ Wyższe [[9]](#footnote-9) |

**II. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI NA RYNKU PRACY**

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:** |
| ⬜ Jestem osobą bezrobotną (np. zarejestrowaną w Urzędzie Pracy),  - w tym ⬜ osobą długotrwale bezrobotną ⬜ Jestem osobą bierną zawodowo (np. student, emeryt, rencista)- w tym ⬜ osobą nieuczestniczącą w kształceniu lub szkoleniu ⬜ osobą ucząca się/odbywająca kształcenie ⬜ inne⬜ Jestem osobą pracującą (zatrudnioną na podstawie umowy o pracę, o dzieło, zlecenia, powołania, itp.)- w tym (wpisać z poniższych): …………………………………………………………………………………………………………………………..(osoba prowadząca działalność na własny rachunek, osoba pracująca w administracji rządowej, osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty], osoba pracująca w organizacji pozarządowej, osoba pracująca w MMŚP, osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie, osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna), osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna), osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca), osoba pracująca na uczelni, osoba pracująca w instytucie naukowym, osoba pracująca w instytucie badawczym, osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz, osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym, osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki, osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej, inne) |

**III. STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI NA DZIEŃ SKŁADANIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO**

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:** |
| Jestem osobą obcego pochodzenia, tj. cudzoziemcem, osobą, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa (obywatelstw) innych krajów[[10]](#footnote-10) | ⬜ TAK ⬜ NIE⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Jestem osobą pochodzącą z krajów trzecich, tj. obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowcem lub osobą bez ustalonego obywatelstwa[[11]](#footnote-11) | ⬜ TAK ⬜ NIE⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | ⬜ TAK ⬜ NIE⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)[[12]](#footnote-12) | ⬜ TAK ⬜ NIE⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością/mi[[13]](#footnote-13) | ⬜ TAK ⬜ NIE⬜ ODMOWA ODPOWIEDZI |
| **Jakie dodatkowe usprawnienia mamy zapewnić, żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo? (proszę zaznaczyć właściwe):** |  tłumacz polskiego języka migowego, asystent, pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, inne (np. sprzęty rehabilitacyjne)……………………………..…………………………….. nie potrzebuję dodatkowych usprawnień |
| **Jestem osobą o niskich dochodach[[14]](#footnote-14)** | ⬜ TAK ⬜ NIE |
| **Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu[[15]](#footnote-15)** | ⬜ TAK ⬜ NIE |
| **Jestem osobą potrzebującą wsparcia z zakresu usług:** | ⬜ Asystenckich ⬜ Opiekuńczych⬜ Specjalistyczne usługi opiekuńcze  |
| **Korzystam z usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych[[16]](#footnote-16)** | ⬜ TAK ⬜ NIEJeśli TAK to w jakim zakresie: ………………………………………..……………………………………….. |

**IV. KRYTERIA PREMIUJĄCE**

|  |
| --- |
| **Oświadczam, że:** |
| **Jestem osobą z niepełnosprawnościami[[17]](#footnote-17)** | ⬜ TAK ⬜ NIE |
| ⬜ Jestem osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności⬜ Jestem osobą z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności | 9 punktów |
| ⬜ Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną | 8 punktów |
| ⬜ Jestem osobą z chorobami psychicznymi | 7 punktów |
| ⬜ Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną | 7 punktów |
| ⬜ Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi | 7 punktów |
| ⬜ Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa[[18]](#footnote-18) | 5 punktów |
| ⬜ Jestem osobą zamieszkującą samotnie | 5 punktów |
| **ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW PREMIUJĄCYCH** |  |

 *Świadoma/y odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych danych, oświadczam, że dane podane w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.*

 **…………………………………………………………………**

 **Data i podpis Kandydata/Kandydatki**

**Instrukcja wypełniania Formularza:**

1. Wszystkie pola Formularza rekrutacyjnego muszą być wypełnione.
2. W przypadku braku telefonu stacjonarnego prosimy wpisać „nie dotyczy”.
3. Formularz należy wypełnić czytelnie, komputerowo lub odręcznie (DRUKOWANYMI LITERAMI).
4. Odpowiedzi na pytania w Formularzu należy zaznaczyć znakiem **X**.
5. Brak wymaganych własnoręcznych, podpisów pod wszystkimi oświadczeniami znajdującymi się na końcu formularza traktowany jest jako błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności uzupełnienia. Brak uzupełnienia podpisu skutkuje odrzuceniem formularza i odstąpieniem od jego oceny.
6. Formularz rekrutacyjny musi być dostarczony do Biura projektu w zamkniętej kopercie w 1 egzemplarzu papierowym lub przesłany w wersji elektronicznej zgodnie z zasadą skutecznego doręczenia informacji.
7. Wersja elektroniczna formularza musi być zapisana w formacie „word” (doc/docx), plikach open office czy pdf edytowalny. Zapisanie formularza w innym formacie np. jpg uznane zostanie za błąd formalny. Kandydat zostanie poinformowany o konieczności poprawy.

Przed przystąpieniem do wypełnienia formularz należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji, uczestnictwa oraz wsparcia w projekcie „Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnością i usługi opiekuńcze dla seniorów z powiatu przeworskiego i łańcuckiego szansą na podniesienie poziomu jakości życia”

**OŚWIADCZENIA OGÓLNE**

*Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:*

 − Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnością i usługi opiekuńcze dla seniorów z powiatu przeworskiego i łańcuckiego szansą na podniesienie poziomu jakości życia” zawartymi w Regulaminie Rekrutacji, Uczestnictwa oraz Wsparcia, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz spełniam kryteria uczestnictwa
w projekcie określone w ww. Regulaminie,

− Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach PRIORYTET 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian DZIAŁANIE FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027,

− Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia,

− Zostałem/am poinformowany, że złożone dokumenty nie podlegają zwrotowi i stanowią dokumentacje Projektu,

− Zostałem/am poinformowany/a, że Organizator Projektu zastrzega sobie prawo do wprowadzenia zmian w Regulaminie
w przypadku, gdy byłoby to konieczne z uwagi na zmianę warunków realizacji Projektu, a także w przypadku pisemnego zalecenia wprowadzenia określonych zmian ze strony Instytucji Pośredniczącej,

− Zostałem/am poinformowany/a o obowiązku przekazania danych Organizatorom Projektu potrzebnych do wyliczenia wskaźników rezultatu,

− Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora: Fundacji Pomocy Młodzieży im. Św. Jana Pawła II WZRASTANIE z siedzibą w Przeworsku 37-200 Przeworsk, ul. Kasztanowa 1, KRS 0000065901, REGON 650038953, NIP 7951561960,

− Deklaruję uczestnictwo w formach wsparcia przewidzianych w ramach Projektu, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Realizatora Projektu,

− Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu,

− Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych
i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym,

− Oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w niniejszym kwestionariuszu są zgodne ze stanem faktycznym,

− Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych Fundację Pomocy Młodzieży im. Św. Jana Pawła II WZRASTANIE
z siedzibą w Przeworsku 37-200 Przeworsk, ul. Kasztanowa 1, KRS 0000065901, REGON 650038953, NIP 7951561960 zgodnie
z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. (ogólne rozporządzenie o ochronie danych), do celu realizacji naboru, i uczestnictwa w projekcie,

− Administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Urząd Pracy w Rzeszowie, 35-055 Rzeszów, ul. Adama Stanisława Naruszewicza 11 Fundację Pomocy Młodzieży im. Św. Jana Pawła II WZRASTANIE z siedzibą w Przeworsku 37-200 Przeworsk, ul. Kasztanowa 1, KRS 0000065901, REGON 650038953, NIP 7951561960 telefon: +48 (16) 642 44 48, adres e-mail: fundacja@wzrastanie.com.pl,

- Zostałem/am uprzedzony/a o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. Niniejszym oświadczam, że ww. dane oraz dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem prawnym
i faktycznym.

…………………………………………………………………

 Data i podpis

**OŚWIADCZENIA PROJEKTOWE**

*Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:*

− Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w Projekcie „Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnością i usługi opiekuńcze dla seniorów z powiatu przeworskiego i łańcuckiego szansą na podniesienie poziomu jakości życia” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym,

- jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,

- zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim na terenie powiatu przeworskiego lub łańcuckiego,

- jestem osobą samotnie gospodarującą, osobą samotną lub osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości,

− Korzystam/Nie korzystam[[19]](#footnote-19) z usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych,

- nie otrzymałem/łam dotychczas wsparcia instytucjonalnego w postaci usług opiekuńczych/specjalistycznych usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu,

- Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu Usługi asystenckie dla osób z niepełnosprawnością i usługi opiekuńcze dla seniorów z powiatu przeworskiego i łańcuckiego szansą na podniesienie poziomu jakości życia,

- Do formularza zgłoszeniowego załączam wszystkie niezbędne załączniki tj.:

1. zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza stwierdzającego, iż mój stan zdrowia i/lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego,

2. Zaświadczenie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej lub Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego na miejsce zamieszkania o korzystaniu (jeśli tak to w jakim rodzaju i zakresie) lub nie korzystaniu z świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych,

3. Aktualne orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności wydane przez uprawniony organ (jeśli dotyczy - obowiązkowe w przypadku wyrażenia chęci korzystania z usług asystenta os. z niepełnosprawnością.).,

4. Zaświadczenie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej lub Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej właściwego na miejsce zamieszkania o korzystaniu z programu FE PŻ – Pomoc Żywnościowa (jeśli dotyczy).

…………………………………………………………………

 Data i podpis

1. Uczestnik zawsze musi podać przynajmniej jedną formę kontaktu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Jeśli niepełnosprawność nie jest czynnikiem kwalifikujących do projektu, należy zaznaczyć nie dotyczy. [↑](#footnote-ref-2)
3. Zgodnie z art. 25 Ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. - Kodeks Cywilny (Dz.U. 1964 nr 16 poz. 93), „Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu”. [↑](#footnote-ref-3)
4. (ISCED 0) (brak formalnego wykształcenia) [↑](#footnote-ref-4)
5. (ISCED 1)(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) [↑](#footnote-ref-5)
6. (ISCED2)(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) [↑](#footnote-ref-6)
7. (ISCED 3)(kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) [↑](#footnote-ref-7)
8. (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie wyższym, niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) [↑](#footnote-ref-8)
9. (ISCED 5-8) (pełne i ukończone wykształceniem na poziomie wyższym) [↑](#footnote-ref-9)
10. Zgodnie z zapisami Regulaminu. Jeśli zaznaczono TAK należy przedłożyć kserokopię zezwolenia na pobyt stały lub czasowy lub kartę pobytu lub zezwolenie na pobyt rezydenta długoterminowego UE lub dokument tożsamości. [↑](#footnote-ref-10)
11. J.w. [↑](#footnote-ref-11)
12. Zgodnie z zapisami Regulaminu. Mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska, mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska. [↑](#footnote-ref-12)
13. Zgodnie z zapisami Regulaminu. W załączeniu do formularza rekrutacyjnego przedstawiam orzeczenie o niepełnosprawności lub/i orzeczeń o stanie zdrowia lub opinię lekarza. [↑](#footnote-ref-13)
14. Osoba samotnie gospodarująca - dochód do 1164,00 zł, w gospodarstwie wieloosobowym dochód do 900,00 zł [↑](#footnote-ref-14)
15. Zgodnie z zapisami Regulaminu. W załączeniu dołączam zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza stwierdzającego, iż mój stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego. [↑](#footnote-ref-15)
16. Zgodnie z zapisami Regulaminu. Jeśli TAK proszę wpisać w jakim zakresie. Prosimy załączyć stosowne zaświadczenie z GOPS lub MOPS [↑](#footnote-ref-16)
17. Zgodnie z Regulaminem. Należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) wydane przez uprawniony organ [↑](#footnote-ref-17)
18. Zgodnie z Regulaminem. Należy dołączyć zaświadczenie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej lub Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej [↑](#footnote-ref-18)
19. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-19)