

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<sup>1</sup>

Nazwisko			
Imię/ Imiona		Wiek	
PESEL	— — — — — — — — — —	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Orzeczenie o niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie	<input type="checkbox"/> Nie dotyczy <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Uczestnik zawsze musi podać przynajmniej jedną formę kontaktu.

<sup>2</sup> Jeśli niepełnosprawność nie jest czynnikiem kwalifikującym do projektu, należy zaznaczyć nie dotyczy.

**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<sup>3</sup>

<b>Ulica</b>		<b>Nr domu</b>		<b>Nr lokalu</b>	
<b>Miejscowość</b>					
<b>Kod pocztowy</b>	-	<b>Poczta</b>			
<b>Powiat</b>	<input type="checkbox"/> Łańcucki <input type="checkbox"/> Przeworski	<b>Województwo</b>	PODKARPACKIE		
<b>Gmina</b>	<input type="checkbox"/> Adamówka <input type="checkbox"/> Jawornik Polski <input type="checkbox"/> Markowa <input type="checkbox"/> Sieniawa	<input type="checkbox"/> Białobrzegi <input type="checkbox"/> Kańczuga <input type="checkbox"/> m. Przeworsk <input type="checkbox"/> Tryńcza	<input type="checkbox"/> Czarna <input type="checkbox"/> m. Łańcut <input type="checkbox"/> wiejska Przeworsk <input type="checkbox"/> Zarzecze	<input type="checkbox"/> Gać <input type="checkbox"/> wiejska Łańcut <input type="checkbox"/> Rakszawa <input type="checkbox"/> Żołyńia	
<b>Adres poczty elektronicznej (e-mail)</b>		<b>Telefon</b>			
<b>Wykształcenie</b>					
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> Podstawowe <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> Gimnazjalne <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> Pomaturalne <sup>8</sup>	<input type="checkbox"/> Wyższe <sup>9</sup>

**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 uczącą się/odbywającą 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)

<sup>3</sup> 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”.

<sup>4</sup> (ISCED 0) (brak formalnego wykształcenia)

<sup>5</sup> (ISCED 1)(kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)

<sup>6</sup> (ISCED2)(kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)

<sup>7</sup> (ISCED 3)(kształcenie zakończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej)

<sup>8</sup> (ISCED 4) (kształcenie ukończone na poziomie wyższym, niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym)

<sup>9</sup> (ISCED 5-8) (pełne i ukończone wykształceniem na poziomie wyższym)



## 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 <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Jestem osobą pochodzącą z krajów trzecich, tj. obywatelem kraju spoza UE lub bezpaństwowcem lub osobą bez ustalonego obywatelstwa <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) <sup>12</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
Jestem osobą z niepełnosprawnością/mi <sup>13</sup>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA ODPOWIEDZI
<b>Jakie dodatkowe usprawnienia mamy zapewnić, żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo? (proszę zaznaczyć właściwe):</b>	<input type="checkbox"/> tłumacz polskiego języka migowego, <input type="checkbox"/> asystent, <input type="checkbox"/> pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, <input type="checkbox"/> inne (np. sprzęty rehabilitacyjne) ..... ..... <input type="checkbox"/> nie potrzebuję dodatkowych usprawnień
<b>Jestem osobą o niskich dochodach<sup>14</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu<sup>15</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>Jestem osobą potrzebującą wsparcia z zakresu usług:</b>	<input type="checkbox"/> Asystenckich <input type="checkbox"/> Opiekuńczych <input type="checkbox"/> Specjalistyczne usługi opiekuńcze
<b>Korzystam z usług opiekuńczych i/lub specjalistycznych<sup>16</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Jeśli TAK to w jakim zakresie: ..... .....

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> J.w.

<sup>12</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. Mniejszości narodowe to mniejszość: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska, mniejszości etniczne: karaimska, lemowska, romska, tatarska.

<sup>13</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. W załączeniu do formularza rekrutacyjnego przedstawiam orzeczenie o niepełnosprawności lub/i orzeczeń o stanie zdrowia lub opinię lekarza.

<sup>14</sup> Osoba samotnie gospodarująca - dochód do 1164,00 zł, w gospodarstwie wieloosobowym dochód do 900,00 zł

<sup>15</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. W załączeniu dołączam zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza stwierdzające, iż mój stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

<sup>16</sup> Zgodnie z zapisami Regulaminu. Jeśli TAK proszę wpisać w jakim zakresie. Prosimy załączyć stosowne zaświadczenie z GOPS lub MOPS

**IV. KRYTERIA PREMIUJĄCE**

Oświadczam, że:	
<b>Jestem osobą z niepełnosprawnościami<sup>17</sup></b>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<input type="checkbox"/> Jestem osobą ze znacznym stopniem niepełnosprawności	9 punktów
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności	
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną	8 punktów
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z chorobami psychicznymi	7 punktów
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną	7 punktów
<input type="checkbox"/> Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi	7 punktów
<input type="checkbox"/> Jestem osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa <sup>18</sup>	5 punktów
<input type="checkbox"/> Jestem osobą zamieszkującą samotnie	5 punktów
<b>ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW PREMIUJĄCYCH</b>	

*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 formularza 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”

<sup>17</sup> Zgodnie z Regulaminem. Należy dołączyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub inny równoważny dokument) wydane przez uprawniony organ

<sup>18</sup> Zgodnie z Regulaminem. Należy dołączyć zaświadczenie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej lub Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej

## 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 dokumentację 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 informuję 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<sup>19</sup> 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

<sup>19</sup> Niepotrzebne skreślić