*Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**OPIEKUN FAKTYCZNY**

do projektu „**Opieka szyta na miarę. Profesjonalizacja opieki**

**domowej w województwie podkarpackim.”** w ramach Działania 8.3

Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych Regionalnego

Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020

|  |
| --- |
| INFORMACJE WYPEŁNIA PERSONEL PROJEKTU |
| Data przyjęcia formularza |  |
| Godzina przyjęcia formularza |  |
| Numer Identyfikacyjny Kandydata /NIK/ |  |
| Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie |  |

**UWAGI:**

1. Przed wypełnieniem Formularza należy zapoznać się z Regulaminem rekrutacji
i uczestnictwa w projekcie „ Opieka szyta na miarę. Profesjonalizacja opieki domowej w województwie podkarpackim”.
2. Prosimy wypełnić Formularz w wersji elektronicznej lub drukowanymi literami oraz podpisać w sposób czytelny w miejscach do tego wyznaczonych.
3. Należy uzupełnić wszystkie rubryki, jeśli pytanie nie dotyczy kandydata prosimy wpisać adnotację „nie dotyczy”.
4. Nie należy usuwać jakichkolwiek treści niniejszego dokumentu.
5. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych należy zaznaczyć symbolem „x”.
6. Formularz należy spiąć w sposób trwały.
7. Prosimy zachować kopię składanych dokumentów rekrutacyjnych. Oryginał nie podlega zwrotowi.

**I – DANE PERSONALNE KANDYDATA DO PROJEKTU:**

**OPIEKUN FAKTYCZNY**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.Imię i nazwisko** |  |
|

|  |
| --- |
| **2.Data urodzenia**  |
|  |

 |  |
| **3.PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.Płeć** |  **kobieta** |  **mężczyzna** |
| **5. Adres zamieszkania** |
| a | **województwo** |  |
| b | **Powiat** |  |
| c | **Gmina** |  |
| d | **Miejscowość /poczta** |  |
| e | **Ulica/dom/nr lokalu** |  |
| f | **Kod pocztowy** |  |
|

|  |
| --- |
|  **6. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)** |

 |
| a | **województwo** |  |
| b | **Powiat** |  |
| c | **Gmina** |  |
| d | **Miejscowość /poczta** |  |
| e | **Ulica/dom/nr lokalu** |  |
| f | **Kod pocztowy** |  |
| **7.Telefon kontaktowy**  |  |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8. Adres e-mail**  |  |  |

 |  |
| **9. Wykształcenie** |

|  |
| --- |
|  **ponadgimnazjalne** (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza) |

 **policealne** **wyższe** **brak** **podstawowe** **gimnazjalne** |

**II – STATUS KANDYDATA I PRZYNALEŻNOŚĆ DO GRUPY DOCELOWEJ**

|  |
| --- |
| 1. **Spełnianie kryterium formalnego**

*(zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)* |
|  Oświadczam, że nieodpłatnie opiekuję się osobą starszą/osobą niesamodzielną i nie jestem opiekunem zawodowym. Oświadczam, że opiekuję się osobą starszą/osobą niesamodzielną zakwalifikowaną do udziału w projekcie.Imię i nazwisko osoby, którą opiekuje się kandydat: ………………………………………… |

**III – DANE UZUPEŁNIAJĄCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 bierna zawodowo** *(Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)*  |  TAK NIE  |
| w tym:  |  Inne  Osoba ucząca się  Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| **Osoba pracująca**  |  w organizacji pozarządowej  w administracji rządowej  w administracji samorządowej  inne  w mikroprzedsiębiorstwie *(do 9 pracowników)*  w małym przedsiębiorstwie *(od 10 do 49 pracowników)*  w średnim przedsiębiorstwie *(od 50 do 249 pracowników)*  w dużym przedsiębiorstwie *(powyżej 250 pracowników)*  osoba prowadząca działalność na własny rachunek  |
| **Wykonywany zawód**  |  inny  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 szkolnictwa wyższego  pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej  pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej  pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej  rolnik  |
| **Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia**  |  |

**IV STATUS KANDYDATA DO PROJEKTU W DNIU SKŁADANIA FORMULARZA**

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia  |  TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  |  TAK NIE  |
| Osoba z niepełnosprawnościami  |  TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)  |  TAK NIE ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

**CZĘŚĆ V – OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że dane wpisane do niniejszego Zgłoszenia są zgodne z prawdą.

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.

**………………………………………… …………………………………………**

*Miejscowość, data Podpis*

Klauzula informacyjna: administratorem Państwa danych osobowych, czyli podmiotem decydującym o celach i sposobach przetwarzania Pana/Pani danych osobowych, jest FUNDACJA COR ET VITA
 z siedzibą: 35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 132, KRS: 0000598235, NIP: 5170373381,

Informujemy, że podanie danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym jest dobrowolne, ale niezbędne do udziału w Projekcie, a także, że przysługują Państwu prawa dostępu do Państwa danych osobowych oraz otrzymania ich kopii, ich zmiany (w tym aktualizacji), prawo do usunięcia danych, prawo do ograniczenia ich przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego.  Dane osobowe podane przez Państwo będą przetwarzane przez nas w zgodzie z przepisami prawa, w celu udziału Pani/Pana w Projekcie, jak również przez okres 6 lat licząc od dnia złożenia formularza.

**………………………………………… …………………………………………**

 *Miejscowość, data Podpis*

**VI WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Załączniki | Załączam | Nie załączam |
| 1. | Oświadczenie o zamieszkaniu |  |  |
| 2. | Deklaracja uczestnictwa |  |  |