*Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**OSOBA NIESAMODZIELNA**

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:**

**OSOBA NIESAMODZIELNA**

|  |  |
| --- | --- |
| **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, można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź )* |
|  Oświadczam, że jestem osobą samotną/samotnie gospodarującą w rozumieniu art.6 ustawy o pomocy społecznej z 12.03.2004r. lub osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości. Oświadczam, że jestem osobą, które ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub pomocy w zaspokajaniu niezbędnych potrzeb życiowych.  Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowej czynności dnia codziennego tj: - …………………………………………………………………………………………………- ………………………………………………………………………………………………… Oświadczam, że nie otrzymuję wsparcia w postaci usług opiekuńczych/ asystenckich/ sąsiedzkich lub otrzymuję je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu.  |
| **2. Spełnienie kryterium premiującego** (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź) |
|  Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.  Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną z niepełnosprawnością sprzężoną.  Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną o znacznym lub umiarkowanym stopniu  niepełnosprawności.  Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną intelektualnie.  Oświadczam, że jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia, ze względu na: - .......................................................................... ............................................................... - .......................................................................................................................................... - .......................................................................................................................................... Oświadczam, że korzystam z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (należy załączyć zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej).  Oświadczam, że jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą tj. kwota 701 zł x150%= 1051,50 zł lub na osobę  w rodzinie tj. kwota 528 złx150%=792,00zł.  |

**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 przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących  |  TAK NIE  |
| w tym: 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 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 Kandydata lub Opiekuna prawnego*

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 Kandydata lub Opiekuna prawnego*

**VI - WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nr | Załączniki | Załączam | Nie załączam |
| 1. | Oświadczenie o zamieszkaniu |  |  |
| 2. | Zaświadczenie o niesamodzielności (wydane przez lekarza POZ) . |  |  |
| 3. | Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu/ niekorzystaniu ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (w przypadku korzystania z w/w świadczeń należy na zaświadczeniu określić rodzaj wsparcia). |  |  |
| 4. | Orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |
| 5. | Deklaracja uczestnictwa |  |  |