



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Biuro projektu:

Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Skołyszynie

38-242 Skołyszyn 317

tel. (13) 44 910 23

e-mail: gopsskołyszyn@skołyszyn.pl

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do projektu pn. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na terenie gminy Skołyszyn (zadanie nr 5) realizowanego w ramach projektu grantowego pt. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na obszarze LGD "LIWOCZ", w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021–2027 (FEP), Priorytet FEPK.08 Rozwój Lokalny Kierowany Przez Społeczność, Działanie FEPK.08.05 Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

I. Potwierdzenie przyjęcia (wypełnia podmiot przyjmujący formularz):

Data i godzina wpływu	Nr formularza	Podpis osoby przyjmującej
	 /GS/8.5	

UWAGA: Formularz należy wypełniać CZYTELNIE (w przypadku wypełniania odręcznego)

II. DANE KANDYDATA

1.	Imię		
2.	Nazwisko		
3.	PESEL		
4.	Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna
5.	Wiek /w latach/		
6.	Obywatelstwo		

III. DANE TELEADRESOWE KANDYDATA

1.	Kraj	
2.	Województwo	
3.	Powiat	
4.	Gmina	
5.	Miejscowość	
6.	Ulica	
7.	Nr domu/lokalu	
8.	Kod pocztowy, poczta	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	E-mail	

IV. DANE TELEADRESOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO/PRAWNEGO (jeśli dotyczy)

1.	Imię i Nazwisko	
2.	Telefon kontaktowy	

3.	E-mail		
V. KRYTERIA FORMALNE (OBLIGATORYJNE)			
Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:			
Zamieszkuję w rozumieniu przepisów KC w gminie Brzyska (art. 25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu). - Należy przedłożyć zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający.		☐ Tak	☐ Nie
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. - Należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie stwierdzające niemożność samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (na załączniku nr 1 do formularza rekrutacyjnego).		☐ Tak	☐ Nie
VI. KRYTERIA PREMIUJĄCE			
Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:			
Jestem osobą zamieszkującą samotnie. - Dokument potwierdzający – zaświadczenie OPS.		☐ Tak 1 pkt	☐ Nie 0 pkt
Jestem osobą w wieku 65 + - Należy przedłożyć dokument potwierdzający, np. wgląd do dokumentu tożsamości.		☐ Tak 1 pkt	☐ Nie 0 pkt
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. - Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		☐ Tak 1 pkt	☐ Nie 0 pkt
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną. - Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		☐ Tak 2 pkt	☐ Nie 0 pkt
Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. - Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		☐ Tak 2 pkt	☐ Nie 0 pkt
Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi. - Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		☐ Tak 4 pkt	☐ Nie 0 pkt
Jestem osobą z chorobą psychiczną. - Należy przedłożyć dokument potwierdzający – zaświadczenie lekarskie.		☐ Tak 5 pkt	☐ Nie 0 pkt

Jestem osobą korzystającą z FE PŻ - Dokument potwierdzający – zaświadczenie z OPS za okres ostatnich 24 m-cy.	☐ Tak 1 pkt	☐ Nie 0 pkt
--	---------------------------------------	---------------------------------------

VII. INFORMACJA O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH KANDYDATA

W przypadku osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności co możemy zrobić, aby Pani/Pan czuła/czuł się u nas komfortowo? – proszę o zaznaczenie odpowiedzi

☐ Nie posiadam szczególnych potrzeb

☐ Posiadam szczególne potrzeby, tj.:

☐ tłumacz polskiego języka migowego
☐ inne (proszę podać jakie?)

VIII. POZOSTAŁE INFORMACJE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

☐ Nie jestem lub nie byłam/em objęta/y **tego samego rodzaju wsparciem**, o które się ubiegam, w projektach realizowanych w Priorytecie 7 (FEP 2021-2027).

☐ Biorę lub brałem/am udział w innym projekcie w zakresie **tego samego rodzaju wsparcia** realizowanym w Priorytecie 7 (FEP 2021-2027):

Tytuł projektu:
 Nazwa i adres podmiotu realizującego projekt:.....

IX. ZAŁĄCZNIKI

Przedkładam następujące dokumenty potwierdzające spełnianie kryteriów rekrutacji:

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
...	

X. OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- Dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą, odpowiadają stanowi faktycznemu i zostałam/em poinformowana/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
- Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego zapisy.
- Spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie oraz z własnej inicjatywy chcę uczestniczyć w projekcie.
- Zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

- Wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym tzw. danych wrażliwych) zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. 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) (Dz.Urz.UE.L.119.1).), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacją projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta i Grantobiorcy z obowiązków sprawozdawczych wobec IZ. Jestem świadomy/a, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojej kandydatury. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych (w szczególności w wywiadach i ankietach) realizowanych przez IZ FEP lub innych uprawniony podmiot.
- Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z przebiegu realizacji projektu wykorzystywanych w celach związanych z jego promocją i sprawozdawczością.
- Zostałam/em poinformowana/y o fakcie współfinansowania projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.

..... /miejscowość, data/	 /CZYTELNY podpis Kandydatki/ta lub opiekuna formalnego/prawnego
---	---

ZAŁĄCZNIK:

1. Zaświadczenie lekarskie



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego – Zaświadczenie lekarskie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane na potrzeby rekrutacji
do projektu „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na terenie gminy Skołyszyn”

Zaświadczam, że Pani/Pan
(imię i nazwisko Kandydatki/ta)

Zamieszkała/y
(Pełny adres zamieszkania Kandydatki/ta)

PESEL:

ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza
pierwszego kontaktu