



Projekt „Przepis na opiekę” współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego realizowany przez Polskie Centrum ZOYA w partnerstwie z LOOTUS Joanna Jędrzejowska na podstawie wniosku o dofinansowanie projektu nr RPPK.08.03.00-18-0030/22 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do udziału w projekcie „Przepis na opiekę” numer
RPPK.08.03.00-18-0030/22

Data wpływu formularza Podpis

Indywidualny Numer Zgłoszeniowy (INZ):

(wypełnia pracownik)

Oświadczenie:

Dane Kandydata/ki

Imię:

Nazwisko:

Płeć (proszę zaznaczyć właściwe) Kobieta Mężczyzna

PESEL:

(zgodny z dokumentem tożsamości)



Dane kontaktowe

Miejscowość

Ulica

Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Gmina

Powiat

Województwo

Kraj

Obszar (proszę zaznaczyć właściwe):

Obszar wiejski Obszar miejski

Telefon stacjonarny

Telefon komórkowy

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

Miejsce zamieszkania Kandydata/ki w rozumieniu kodeksu cywilnego (miejsce w którym Kandydat/ka przebywa z zamiarem stałego pobytu):

Adres jak w danych kontaktowych

Inny adres – należy wskazać poniżej:

Miejscowość



Ulica

Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Gmina

Powiat

Województwo

Kraj

Wykształcenie Kandydata/ki

Proszę zaznaczyć właściwe:

| | |
|---|------------------------------|
| Brak | <input type="checkbox"/> Tak |
| Podstawowe | <input type="checkbox"/> Tak |
| Gimnazjalne | <input type="checkbox"/> Tak |
| Ponadgimnazjalne (liceum ogólnokształcące, technikum, szkoła zawodowa) | <input type="checkbox"/> Tak |
| Policealne (szkoła policealna, studium dwuletnie) | <input type="checkbox"/> Tak |
| Wyższe (studia, minimum licencjackie) | <input type="checkbox"/> Tak |



Status Kandydata/ki

| | |
|---|--|
| Jestem członkiem mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą z niepełnosprawnością (osobą posiadającą orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub osobą z zaburzeniami psychicznymi potwierdzonymi zaświadczeniem lekarskim) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |

Oświadczam, iż (proszę zaznaczyć właściwe „X”):

| | |
|--|--|
| Jestem osobą bezrobotną, zarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| a) Długotrwale bezrobotną (zarejestrowaną minimum 12 miesięcy) | |
| <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |



| | |
|---|--|
| Jestem osobą bezrobotną niezarejestrowaną w Powiatowym Urzędzie Pracy, w tym: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| a) Długotrwale bezrobotną (poszukującą pracy minimum 12 miesięcy) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| Jestem osobą bierną zawodowo (w przypadku zaznaczenia tak, należy wybrać odpowiednio podpunkt a, b lub c), w tym: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| <input type="checkbox"/> a) Uczącą się <input type="checkbox"/> b) Nieuczestniczącą w kształceniu/szkoleniu <input type="checkbox"/> c) Inne (osoba nie poszukująca pracy w tym emeryt, rencista) | |
| Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (jeśli tak, należy załączyć zaświadczenie lekarskie – załącznik nr 1 do niniejszego Formularza) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą niepełnosprawną (jeśli tak, należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |



| | |
|---|--|
| Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi (jeśli tak, należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (jeśli tak należy dołączyć oświadczenie (załącznik nr 8 do niniejszego Formularza oraz stosowne zaświadczenie/-a) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą pracującą (jeśli tak, należy wpisać stanowisko i nazwę zakładu pracy): | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| Jestem osobą (należy wybrać jedną właściwą opcję): | |
| a) samotną, pozbawioną wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości (należy dołączyć oświadczenie – załącznik nr 4 do niniejszego Formularza) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |



| | |
|--|---|
| <p>b) samotnie gospodarującą, a wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą zapewnić mi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości (należy dołączyć stosowne oświadczenie – załącznik nr 5 do niniejszego Formularza, oraz dokumenty, że małżonek, wstępni, zstępni Kandydata/ki nie mogą zapewnić wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (np. zaświadczenie lekarskie, zaświadczenie pracodawcy), a w razie niemożności przedłożenia takich dokumentów z przyczyn obiektywnie uzasadnionych, należy przedłożyć uzasadnienie wskazujące na te przyczyny)</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>c) w rodzinie, a rodzina nie może z uzasadnionej przyczyny, zapewnić mi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości (należy dołączyć stosowne oświadczenie – załącznik nr 3 do niniejszego Formularza oraz dokumenty potwierdzające brak możliwości zapewnienia Kandydatowi/ce wsparcia w codziennym funkcjonowaniu przez członków rodziny (np. zaświadczenie lekarskie, zaświadczenie pracodawcy)</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |



| | |
|---|--|
| Jestem osobą, której dochód nie przekracza 150% kryterium dochodowego, tj.: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| a) Osobą samotnie gospodarującą – dochód DO 1 164,00 zł <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| b) Osobą w rodzinie – dochód na członka rodziny DO 900,00 zł (na osobę) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| Należy dołączyć stosowne oświadczenie – załącznik nr 6 do niniejszego Formularza | |
| Jestem osobą, której dochód przekracza 150% kryterium dochodowego, tj.: | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |
| a) Osobą samotnie gospodarującą – dochód POWYŻEJ 1 164,00 zł <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| b) Osobą w rodzinie – dochód na członka rodziny POWYŻEJ 900,00 zł (na osobę) <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie | |
| Należy dołączyć stosowne oświadczenie – załącznik nr 6 do niniejszego Formularza | |
| Jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (jeśli tak, należy dołączyć zaświadczenie z MOPS/GOPS) | <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie |



| | |
|---|---|
| <p>Jestem osobą korzystającą z usług świadczonych przez MOPS/GOPS (jeśli NIE, należy dołączyć oświadczenie – załącznik nr 2 do niniejszego Formularza):</p> <p>a) Usług opiekuńczych</p> <p>b) Specjalistycznych usług opiekuńczych</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |
| <p>Jestem osobą korzystającą z usług świadczonych przez inne instytucje zewnętrzne (należy dołączyć stosowne oświadczenie – załącznik nr 2 do niniejszego Formularza):</p> <p>a) Usług opiekuńczych</p> <p>b) Specjalistycznych usług opiekuńczych</p> | <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> |

W ramach projektu jestem zainteresowany/a (należy wybrać jedną opcję z poniższych):

Usługami opiekuńczymi

(usługi opiekuńcze mogą obejmować np.: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza, zapewnienie kontaktu z otoczeniem).

Specjalistycznymi usługami opiekuńczymi

(specjalistyczne usługi opiekuńcze, obok usług opiekuńczych wskazanych powyżej – mogą obejmować np.: pielęgnację jako



wspieranie procesu leczenia (pomoc i asystowanie), rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu).

Zaznaczenie powyższych opcji ma jedynie charakter informacyjny, ostateczna forma wsparcia określona zostanie zgodnie z przeprowadzoną oceną/diagnozą po zakwalifikowaniu Kandydata/ki do udziału w projekcie.

Krótki opis sytuacji Kandydata/ki (osoby starszej/potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1. Deklaracja zapoznania się z Regulaminem:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie, oraz że zobowiązuję się do respektowania zawartych w nim postanowień.

2. Deklaracja zapoznania się z pozostałymi dokumentami projektowymi:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Organizacyjnym Świadczenia Usług Opiekuńczych/Specialistycznych Usług Opiekuńczych oraz Kontraktem Trójstronnym oraz, że w razie zakwalifikowania do udziału w projekcie zobowiązuję się do respektowania zawartych w nim postanowień.

3. Oświadczenie o zgodności ww. danych z prawdą:

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej zgodnie z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

W przypadku niemożności złożenia podpisu przez osobę zgłaszającą się do projektu, należy dołączyć stosowny dokument potwierdzający ten fakt (zaświadczenie lekarskie).



.....
Miejscowość

.....
Data

.....
**Czytelny podpis Kandydata/ki/
Opiekuna prawnego/Opiekuna faktycznego ¹**

Załączniki:

1. Zaświadczenie lekarskie.
2. Oświadczenie o korzystaniu/niekorzystaniu z tożsamyh usług.
3. Oświadczenie o niemożności zapewnienia wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.
4. Oświadczenie osoby samotnej.
5. Oświadczenie o samotnym gospodarowaniu.
6. Oświadczenie o dochodach.
7. Klauzula informacyjna RODO.
8. Oświadczenie o wielokrotnym wykluczeniu.
9. Kontakt do bliskich.

¹ Podpisanie Formularza rekrutacyjnego przez Opiekuna Faktycznego Kandydata/ki jest możliwe tylko w przypadku, gdy stan zdrowia Kandydata/ki nie pozwala na złożenie podpisu lub na świadome zgłoszenie do projektu i zostanie to potwierdzone odpowiednim dokumentem (zaświadczenie lekarskie) a nie ma on/ona Opiekuna Prawnego.