**Załącznik nr 1** do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn**.** **„Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Kowary – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”** FEDS.07.07-IP.02-0091/23 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

|  |
| --- |
| **Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego(wypełnia personel projektu)** |
| **Data wpływu Formularza**  | **Godzina**  | **Numer zgłoszenia**  | **Podpis osoby przyjmującej formularz**  |
|  |  |  |  |

# **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**w ramach projektu „Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Kowary – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”**

|  |
| --- |
| **DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY** (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie) |
| **IMIĘ** |  |
| **NAZWISKO** |  |

# **Dane osobowe Uczestnika** (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć **x**)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Dane:** |
| **Obywatelstwo:** |
| **Imię:** |
| **Nazwisko:** |
| **PESEL:** |
| **Płeć:**□ kobieta□ mężczyzna |
| **Wiek:****(w chwili przystąpienia do projektu)** |
| **Wykształcenie:**□ niższe niż podstawowe (ISCED 0)□ podstawowe (ISCED 1)□ gimnazjalne (ISCED 2)□ ponadgimnazjalne (ISCED 3)□ policealne (ISCED 4)□ wyższe (ISCED 5-8)  |
| **Województwo:** |
| **Powiat:** |
| **Gmina:** |
| **Miejscowość:**  |
| **Ulica:** |
| **Nr budynku:** |
| **Nr lokalu:** |
| **Kod pocztowy:** |
| **Telefon kontaktowy:** |
| **Adres e-mail:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **OSOBA BIERNA ZAWODOWO**tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną |  |
| W TYM | OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU |  |
| W TYM | OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE- studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące- dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych |  |
| W TYM | INNE |  |
| **OSOBA BEZROBOTNA**- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia |  |
| W TYM | OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego |  |
| W TYM | INNE |  |
| **OSOBA PRACUJĄCA** |  |
| W TYM | OSOBA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ NA WŁASNY RACHUNEK |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI RZĄDOWEJ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ADMINISTRACJI SAMORZĄDOWEJ (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W ORGANIZACJI POZARZĄDOWEJ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MMŚP |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W DUŻYM PRZEDSIĘBIORSTWIE |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W PODMIOCIE WYKONUJĄCYM DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA PEDAGOGICZNA) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA NIEPEDAGOGICZNA) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W SZKOLE LUB PLACÓWCE SYSTEMU OŚWIATY (KADRA ZARZĄDZAJĄCA) |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA UCZELNI |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE NAUKOWYM |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE BADAWCZYM |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W INSTYTUCIE DZIAŁAJĄCYM W RAMACH SIECI BADAWCZEJ ŁUKASIEWICZ |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA W MIĘDZYNARODOWYM INSTYTUCIE NAUKOWYM |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA DLA FEDERACJI PODMIOTÓW SYSTEMU SZKOLNICTWA WYŻSZEGO I NAUKI |  |
| W TYM | OSOBA PRACUJĄCA NA RZECZ PAŃSTWOWEJ OSOBY PRAWNEJ |  |
| W TYM | INNE |  |
| **OSOBA OBCEGO POCHODZENIA**tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów | TAK |  | NIE |  |
| **OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO**tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec | TAK |  | NIE |  |
| **OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ** mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie | TAK |  | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  | NIE |  |
| **OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ**1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie;2.Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3.Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny/przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;4.Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia; 5.Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania. | TAK |  | NIE |  |
| **OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI**Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. | TAK |  | ODMOWA PODANIA INFORMACJI |  | NIE |  |
| **Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną (posiadająca więcej niż jedną niepełnosprawność):** □ Tak□ Nie |
| **Osoba z zaburzeniami psychicznymi:**□ Tak□ Nie |
| **Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:**□ Tak□ Nie |
| **Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10:**□ Tak□ Nie |
| **Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:**□ Tak□ Nie |

 |
| **…………………..… ………....……………………** |
| **Miejscowość, data czytelny podpis** |

# **Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/tki (**zaznaczyć składane dokumenty)**:**

|  |
| --- |
| **□** Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu: |
| **□** znacznym | **□** umiarkowanym | □ lekkim |
| **□** Niepełnosprawność sprzężona |
| **□** Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej |
| **□** Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia |
| **□** Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań (jeśli dotyczy) |
| **□** Ocena funkcjonowania wgskali Barthel |
| **□** Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie Gminy Kowary np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunku lub faktury za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie |
| □ Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową |
| □ inny dokument (jaki?)**………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………….** |

# **Wniosek Kandydata/tki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać** (proszę wybrać jedną):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Sąsiedzka usługa opiekuńcza**  | **□** |
| **2.** | **Dzienny Dom Pomocy** | **□** |
| **3.** | **Mieszkanie wspomagane** | **□** |

# **Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Teleopieka** | **□** |

# **Oświadczenia Kandydata/tki**

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. mieszkam na terenie Gminy Miejskiej Kowary. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium
2. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
3. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuje wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.
4. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.

|  |
| --- |
| **…………………..… ………....……………………** |
| **Miejscowość, data czytelny podpis** |

**Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):**

|  |
| --- |
| Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności ………………….., o numerze ……………….wydane przez ………………………….. w dniu ………………….., na okres………………które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.………………………………………………….Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |
| Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.………………………………………………….Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |
| Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.………………………………………………….Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |
| Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną………………………………………………….Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |
| Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.………………………………………………….Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |
| Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.…………………………………………………Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |
| Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.………………………………………………….Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |
| Ja niżej podpisana oświadczam, że: jestem kobietą………………………………………………….Data i podpis Kandydata/tki lub Opiekuna faktycznego |

# **Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu ……………….

…………………………………………………………

Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

# **Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa kryterium premiującego** | **TAK** | **NIE** |
| 1. Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt.
2. Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.
3. Choroby psychiczne (orzeczenie)- 10 pkt.
4. Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie)- 10 pkt.
5. Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.
6. Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.
7. Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowy) – 10 pkt.
8. Płeć- kobieta (oświadczenie) - 5 pkt
 | □□□□□□□□ | □□□□□□□□ |
| **Suma uzyskanych punktów:** | **pkt.** |

**…………………….. ……………….…………………………………..**

**Miejscowość, data czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji**