

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/REKRUTACYJNY DO PROJEKTU PN.  
„Centrum Kompleksowej Opieki Osób w Dobrzechowie” w ramach  
Działania 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych  
i zdrowotnych RPO WP na lata 2014-2020**

*Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” dostępnym na stronach: [www.ban-med.pl](http://www.ban-med.pl) oraz [www.aktywizujemy.pl/ddp](http://www.aktywizujemy.pl/ddp), a także w biurze projektu.*

Informacje wypełniane przez Instytucję przyjmującą formularz	
Data przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

**UWAGA:**

1. Formularz zgłoszeniowy do projektu powinien być **wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.**
2. W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
3. Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
4. Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych, ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.
5. Właściwą odpowiedź proszę zaznaczyć poprzez wstawienie w zaznaczone pole  znaku: **X**



1	<b>Imię i Nazwisko</b>		
2	<b>PESEL</b>		
3	<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna
4	<b>Adres zamieszkania</b>	Województwo	
		Powiat	
		Gmina	
		Kod pocztowy	
		Miejscowość	
		Ulica	
		Nr domu	
		Nr lokalu	
	<b>Obszar zamieszkania</b>	<input type="checkbox"/> miejski	<input type="checkbox"/> wiejski
5	<b>Telefon kontaktowy</b>		
	<b>Adres e-mail</b> <i>(jeżeli posiada)</i>		
6	<b>Wykształcenie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Niższe niż podstawowe</b> ( <i>Brak formalnego wykształcenia</i> ) <input type="checkbox"/> <b>Podstawowe</b> ( <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej</i> ) <input type="checkbox"/> <b>Gimnazjalne</b> ( <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej</i> ) <input type="checkbox"/> <b>Ponadgimnazjalne</b> ( <i>Kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej/wykształcenie średnie lub zasadnicze zawodowe</i> ) <input type="checkbox"/> <b>Pomaturalne/Policealne</b> ( <i>Kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż kształcenie na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym</i> ) <input type="checkbox"/> <b>Wyższe</b> ( <i>Pełne i ukończone wykształcenie na poziomie wyższym</i> )	



7	<p><b>Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu</b> (zaznaczyć właściwe, zgodnie z definicją na końcu formularza):</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w tym długotrwale bezrobotna</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Bierna zawodowo</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> w tym osoba ucząca się</li> <li><input type="checkbox"/> w tym nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> <b>Osoba pracująca, w tym:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca na własny rachunek</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie</li> <li><input type="checkbox"/> inne</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Zawód wykonywany:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego</li> <li><input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia</li> <li><input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej</li> <li><input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej</li> <li><input type="checkbox"/> rolnik</li> </ul>
---	---	--

	<input type="checkbox"/> inny Wykonywany zawód ..... Zatrudniony w: .....
<b>Dodatkowe informacje</b>	Posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

**Ja niżej podpisany/a, pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:**

**Oświadczam, że:**

➤ **zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Centrum Kompleksowej Opieki Osób w Dobrzechowie” i akceptuję jego warunki;**

➤ **spełniam kryteria formalne i merytoryczne do udziału w projekcie, tj.:**

a) zamieszkuję na terenie powiatu strzyżowskiego

TAK     NIE

b) jestem osobą starszą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z uwagi na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagającą z tego względu opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego – na podstawie zaświadczenia lekarza stanowiącego załącznik do niniejszego formularza.

TAK     NIE

- **spełniam kryteria dodatkowe premiowane do udziału projekcie, tj.:**
- a) posiadam** orzeczenie o niepełnosprawności, a w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi - zaświadczenie lekarskie (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam kserokopię orzeczenie o niepełnosprawności i/lub zaświadczenie lekarskie w zakresie zaburzeń psychicznych)
- TAK       NIE
- b) posiadam dochód na osobę w rodzinie w wysokości miesięcznej** ..... zł (zgodnie z ustawą z dnia 12.03.2004 r. o pomocy społecznej) **i jestem** osobą samotną zamieszkującą i prowadzącą gospodarstwo domowe
- TAK       NIE
- c) jestem** osobą doświadczającą wielokrotnego wykluczenia (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie GOPS/MOPS)
- TAK       NIE
- d) korzystam** z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa (do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie GOPS/MOPS)
- TAK       NIE

**Upředzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą.**

**Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana/y, że projekt jest realizowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.**

**Jednocześnie oświadczam, że:**

1. Wyrażam zgodę na nieodpłatne rozpowszechniania mojego imienia i nazwiska, wizerunku (zdjęć), wywiadów i nagrań z moją osobą w materiałach informacyjno-promocyjnych, służących promocji Projektu, przygotowywanych przez Beneficjenta – B2 Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz podmioty zarządzające i nadzorujące Projekt i nie będę z tego tytułu wnosił żadnych roszczeń.

2. Zgoda, o której mowa w pkt 1 nie jest ograniczona czasowo i terytorialnie oraz obejmuje wszelkie formy publikacji dotyczące Projektu, w szczególności: plakaty, ulotki, foldery, spoty radiowo-telewizyjne, informacje w prasie, Internecie oraz na stronach: [www.ban-med.pl](http://www.ban-med.pl) oraz [www.aktywizujemy.pl/ddp](http://www.aktywizujemy.pl/ddp), itp.

3. Wykorzystanie tych zdjęć nie będzie stanowiło naruszenia moich dóbr osobistych.  
**Podanie danych osobowych i udzielenie zgody na bezpłatne wykorzystanie wizerunku jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach projektu.**

W przypadku zgłoszeń dokonanych przez osoby z różnymi niepełnosprawnościami, proszę o podanie zakresu koniecznych udogodnień, które ewentualnie moglibyśmy zapewnić:

.....  
.....

**W przypadku zakwalifikowania do projektu oświadczam, że dostarczę najpóźniej w pierwszy dzień wsparcia:**

- a) Deklarację udziału w projekcie, zgodnie z załącznikiem nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie,
- b) Oświadczenie uczestnika projektu dotyczące danych osobowych, zgodnie z załącznikiem nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.

NR	WYKAZ WYMAGANYCH ZAŁĄCZNIKÓW:	DOTYCZY	NIE DOTYCZY
1.	Zaświadczenie lekarskie stwierdzające potrzebę wsparcia w codziennym funkcjonowaniu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Zaświadczenie lekarskie w zakresie zaburzeń psychicznych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Zaświadczenie GOPS/MOPS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....  
*Data*

.....  
*Podpis osoby składającej zgłoszenie  
do udziału w projekcie*