



Fundusze Europejskie
dla Dolnego Śląska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



**DOLNY
ŚLĄSK**

**Tytuł Projektu: Deinstytucjonalizacja usług społecznych na terenie gminy Olszyna,
nr projektu: FEDS.07.07-IP.02-0099/23**

Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji

**FORMULARZ REKRUTACYJNY do projektu:
„Deinstytucjonalizacja usług społecznych na terenie gminy Olszyna”, nr projektu:
FEDS.07.07-IP.02-0099/23**

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz	
Data i podpis osoby przyjmującej formularz	DataPodpis.....
Numer formularza	

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie do usługi pomocy sąsiedzkiej prowadzonej w ramach projektu.

I. DANE IDENTYFIKACYJNE UCZESTNIKA PROJEKTU (wypełniamy drukowanymi literami / znak „X” we właściwej kratce)		
Dane uczestnika	Imię i nazwisko	
	Płeć	
	Data urodzenia	
	PESEL	
	Obywatelstwo	<i>Polskie</i> ☐ <i>Obywatel kraju UE</i> ☐ <i>Obywatel kraju spoza UE</i> ☐
	Rodzaj uczestnika	<i>Indywidualny</i> ☐ <i>Pracownik lub przedstawiciel instytucji/podmiotu</i> ☐
	Wykształcenie	<i>Brak</i> ☐ <i>Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)</i> ☐ <i>(niepełne podstawowe, podstawowe, gimnazjum)</i> <i>Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)</i> ☐ <i>(zasadnicza szkoła zawodowa, liceum, technikum, szkoły policealne)</i> <i>Wyższe (ISCED 5–8)</i> ☐ <i>(studia licencjackie, magisterskie, wyższe studia zawodowe, podyplomowe, doktoranckie)</i>
Dane kontaktowe	Ulica	

	Nr domu	
	Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy, poczta	
	Gmina	
	Powiat	
	Województwo	
	Kraj	
	Obszar miejski ☐	Obszar wiejski ☐ (gminy wiejskie, wiejsko-miejskie i miasta do 25 tys. mieszkańców)
	Tel. stacjonarny	
Adres poczty e-mail		

DANE DODATKOWE:

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	Osoba obcego pochodzenia	tak ☐	nie ☐
	Osoba państwa trzeciego	tak ☐	nie ☐
	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	tak ☐	nie ☐
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	tak ☐	nie ☐
	Osoba z niepełnosprawnościami	Tak ☐	nie ☐
		odmowa podania informacji ☐	

II DANE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Spełniania kryterium formalnego proszę zaznaczyć znak „X” we właściwej kratce)

- ☐ Oświadczam, że jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- ☐ Oświadczam, że na dzień złożenia Formularza Rekrutacyjnego do projektu mieszkam na terenie Gminy Olszyna
- ☐ Oświadczam o braku możliwości uzyskania wystarczającej pomocy ze strony członków rodziny lub osób bliskich,
- ☐ Oświadczam, że nie korzystam w tym samym czasie z usług opiekuńczych finansowanych z innych źródeł w tym samym zakresie,

III DANE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE SM EFS wypełniamy drukowanymi literami / znak „X” we właściwej kratce)	
Osoba bezrobotna	☐ TAK ☐ N IE
W tym:	☐ Osoba długotrwale bezrobotna ☐ Inne
Osoba bierna zawodowo (osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)	☐ TAK ☐ N IE
W tym:	☐ Inne ☐ Osoba ucząca się ☐ Osoba nieuczęstnicząca w kształceniu lub szkoleniu
Osoba pracująca	☐ TAK ☐ N IE
W tym:	☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek ☐ osoba pracująca w administracji rządowej ☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty] ☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej ☐ osoba pracująca w MMŚP ☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie ☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna) ☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca) ☐ osoba pracująca na uczelni ☐ osoba pracująca w instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w instytucie badawczym ☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz ☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym ☐ osoba pracująca w dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki ☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej ☐ Inne

IV Kryteria premiujące wypełniamy drukowanymi literami / znak „X” we właściwej kratce)	
W tym:	☐ osoba o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności ☐ osoba z niepełnosprawnością sprzężoną ☐ osoba z chorobami psychicznymi ☐ osoba z niepełnosprawnością intelektualną ☐ osoba z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) * ☐ osoba korzystające z programu FE PŻ ☐ osoba zamieszkujące samotnie 1pkt;

* Za osobę z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi uznaje się osobę, u której zdiagnozowano zaburzenie mieszczące się w grupie F84 ICD-10 (np. autyzm dziecięcy, zespół Aspergera), potwierdzone zaświadczeniem lekarskim, opinią psychologiczną lub innym dokumentem diagnostycznym wskazującym na rozpoznanie zgodne z tą klasyfikacją.

Oświadczenie beneficjenta ostatecznego:

- „Niniejszym oświadczam, że ww. dane zawarte w karcie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym”
- „Oświadczam, że samodzielnie, z własnej inicjatywy zgłaszam chęć udziału w projekcie organizowanym przez Gminę Olszyna/Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Olszynie”,
- „Oświadczam, że zapoznałem/łam się z „Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie” i akceptuję jego warunki oraz wyrażam gotowość podpisania deklaracji uczestnictwa w ramach projektu”,

- d) „Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji i monitoringu projektu **„Deinstytucjonalizacja usług społecznych na terenie gminy Olszyna”** i umowy FEDS.07.07-IP.02-0099/23-00 (ustawa z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 zez zm.). Jest mi znane prawo dostępu do moich danych osobowych i ich modyfikacji”,
- e) Zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu projektu **„Deinstytucjonalizacja usług społecznych na terenie gminy Olszyna”** ze środków Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027 w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
- f) Jestem świadomy/a, że złożenie Kwestionariusza rekrutacyjnej nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem się do udziału w projekcie.

Do formularza zgłoszeniowego załączam:

1) orzeczenia o stopniu niepełnosprawności nr.....z dnia
.....
wydanego przez
.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis