



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie – Formularz rekrutacyjny

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU pn. „Daj sobie pomóc”

Data wpływu formularza rekrutacyjnego:	
Numer formularza:	

DANE KANDYDATKI/TA					
Imię		Nazwisko			
PESEL		Płeć	<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> M	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia			
DANE KONTAKTOWE KANDYDATKI/TA					
Tel kontaktowy					
Adres e-mail					
MIEJSCE ZAMIESZKANIA KANDYDATKI/TA					
Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Miejscowość			
Województwo		Powiat			
Gmina		Poczta			

WYKSZTAŁCENIE	<input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED 2) - kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) – ukończona szkoła średnia <input type="checkbox"/> Policealne (ISCED 4) - kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, lecz nie będące wykształceniem wyższym. <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8) – wykształcenie licencjackie, magisterskie, doktoranckie
----------------------	---

POZOSTAŁE INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATKI/TA	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej	<input type="checkbox"/> Tak (jakiej?)..... <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam odpowiedzi

STATUS KANDYDATKI/TA NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	
Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna <i>(osoba pozostająca bez zatrudnienia przez okres 12 m-cy)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo <i>(Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)</i>	<input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się



	<input type="checkbox"/> Inne
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie (do 9 pracowników) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (od 10 do 49 pracowników) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie (od 50 do 249 pracowników) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (powyżej 250 pracowników) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik
Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia

KRYTERIA OBLIGATORYJNE	
Zamieszkanie w rozumieniu przepisów KC na terenie powiatu jasielskiego. (oświadczenie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Ukończenie 60-tego roku życia. (oświadczenie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba która ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub pomocy w codziennym funkcjonowaniu. (zaświadczenie lekarskie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność kwalifikuje się do objęcia specjalistycznymi usługami opiekuńczymi (pielęgnacja jako wsparcie procesu leczenia i /lub rehabilitację fizyczną i usprawnienie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczonej opiece zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). (zaświadczenie lekarskie lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba samotna w rozumieniu art.6 pkt 9 ust. z dn.12.03.2004 r. o pomocy społ., która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości. (oświadczenie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba samotnie gospodarująca w rozumieniu art.6 pkt 10 ww. ustawy, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości. (oświadczenie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości. (oświadczenie)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
KRYTERIA DODATKOWE	
Osoba której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej na osobę samotnie gospodarującą tj.: kwota 776 zł lub na osobę w rodzinie tj. kwota 600 zł. (oświadczenie o posiadanych dochodach w gospodarstwie domowym) – 5 pkt	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba doświadczająca wielokrotnego wykluczenia (oświadczenie) – 1 pkt	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba o znacznym/ umiarkowanym i / lub z niepełnosprawnościami sprzężonymi i/ lub osoba z zaburzeniami psychicznymi, w tym osoby z niepełnosprawnością intelektualną i osoby z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (orzeczenie o st. niepełnosprawności – kopia) – 1 pkt	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Osoba korzystająca z PO PŻ (a zakres wsparcia dla tych osób lub rodzin nie będzie powielał działań, które dana osoba lub rodzina otrzymała lub otrzymuje z PO PŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w PO PŻ) (zaświadczenie) – 1 pkt	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Kobiety (oświadczenie – 1 pkt.)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie

DODATKOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA/TKI DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

(proszę zaznaczyć właściwe krzyżykiem)

Proszę zaznaczyć usługę, której Pan/Pani potrzebuje:	<input type="checkbox"/> Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego
	<input type="checkbox"/> Powiększony tekst
	<input type="checkbox"/> Inne, jakie.....

OŚWIADCZENIA KANDYDATKI/TA

Oświadczam, że:
Zapoznałam/em się z zasadami udziału w w/w Projekcie, wyrażam chęć uczestnictwa w nim i spełniam wymogi do tego uprawniające.
Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020.
Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z przebiegu realizacji Projektu wykorzystywanych w celach związanych z jego promocją i sprawozdawczością.
Wyrażam zgodę na udział w badaniu ewaluacyjnym.
Zapoznałam/em się i akceptuję treść i warunki Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
Zostałam/em poinformowana/y o przyjętych kryteriach kwalifikacji do udziału w Projekcie:
Oświadczam, że spełniam kryteria grupy docelowej.
Oświadczam, że z własnej inicjatywy chcę uczestniczyć w Projekcie.
Zostałam/em uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oraz że wszystkie informacje zawarte w formularzu rekrutacyjnym są aktualne oraz zgodne z prawdą.
Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z procedurą rekrutacji oraz realizacją Projektu „Daj sobie pomoc” na podstawie art. 29 w związku z art. 28 Rozporządzenia 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 z 04.05.2016).
Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (email).
Ponadto zobowiązuję się:

- udziału w badaniach ewaluacyjnych
- potwierdzania korzystania z oferowanego w ramach Projektu wsparcia poprzez złożenie podpisu na liście obecności,
- do natychmiastowego informowania Beneficjenta Projektu o zmianie jakichkolwiek danych podanych w dokumentach rekrutacyjnych w tym danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu rekrutacyjnym.

<p>..... Miejscowość, data</p>	<p>..... Czytelny podpis Kandydatki/ta</p>
------------------------------------	--

ZAŁĄCZNIKI SKŁADANE Z FORMULARZEM REKRUTACYJNYM:

1. Załącznik nr 1 – Zaświadczenie lekarskie
2. Załącznik nr 2 – Oświadczenie o dochodach w gospodarstwie domowym
3. Załącznik nr 3 – Oświadczenie w zakresie doświadczenia wielokrotnego wykluczenia
4. Załącznik nr 4 – Oświadczenie Uczestnika Projektu RODO