FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA/KANDYDATKI

NA USŁUGI ASYSTENCKIE LUB OPIEKUŃCZE

w ramach projektu pt. „Usługi społeczne w gminach Długołęka, Dobroszyce, Kobierzyce, Miękinia, Oborniki Śląskie, Oleśnica (miasto), Wisznia Mała, Zawonia" nr FEDS.07.10-IP.02-0004/24. Projekt współfinansowany ze środków Europejskich Fundusz Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027.

I	**Dane podstawowe**	1.	Imię	
		2.	Nazwisko	
		3.	PESEL	
		4.	Płeć	
		5.	Data urodzenia	
II	**Adres zamieszkania**[1]	1.	Ulica	
		2.	Nr domu	
		3.	Nr lokalu	
		4.	Miejscowość	
		5.	Kod pocztowy	
		6.	Powiat	
		7.	Gmina	
		8.	Województwo	
III	**Dane kontaktowe**	1.	Nr telefonu	
		2.	Adres e-mail	
IV	**Wykształcenie**	☐ podstawowe ☐ gimnazjalne ☐ ponadgimnazjalne (średnie lub zawodowe) ☐ policealne ☐ wyższe		
V	**Status na rynku pracy**	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w rejestrach urzędów		

[1] Należy podać miejsce zamieszkania, w rozumieniu Kodeksu Cywilnego (KC). W projekcie mogą wziąć udział wyłącznie osoby zamieszkujące w rozumieniu KC obszar: gmina Długołęka, Dobroszyce, Kobierzyce, Miękinia, Oborniki Śląskie, Oleśnica (miasto), Wisznia Mała, Zawonia.

		pracy[2] ☐ w tym długotrwale bezrobotna[3] ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w rejestrach urzędów pracy[4] ☐ osoba bierna zawodowo[5] ☐ osoba pracująca[6] ☐ osoba pracująca z orzeczonym stopniem niepełnosprawności lub równoważnym w rozumieniu przepisów prawa [7]	
VI	**Status osoby z niepełnosprawnościami[8]** **a) W przypadku osób pełnoletnich**		Stopień orzeczenia o niepełnosprawności: ☐ znaczny ☐ umiarkowany ☐ lekki Orzeczenie o całkowitej lub częściowej niezdolności do pracy na podstawie odrębnych przepisów ☐Tak ☐Nie Osoba z zaburzeniami psychicznymi w rozumieniu ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, tj.: ☐ chora psychicznie i wykazująca zaburzenia psychotyczne ☐ upośledzona umysłowo ☐wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych ☐ orzeczenie o niepełnosprawności ☐ uczeń lub dziecko w wieku przedszkolnym

[2] Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS lub innego rejestru publicznego dostępnego dla ośrodków pomocy społecznych np. SEPI lub za pośrednictwem emp@tia itp.

[3] Definicja osoby długotrwale bezrobotnej zawarta jest w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Zgodnie z art. 49 tej ustawy :**„Osobą długotrwale bezrobotną jest osoba, która pozostaje bez pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy."**

[4] Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS/PUP.

[5] Należy załączyć stosowne zaświadczenie z ZUS lub innego rejestru publicznego np. SEPI lub za pośrednictwem portalu emp@tia itp.

[6] Osoba pracująca może być zatrudniona na umowę o pracę, umowę zlecenie, umowę o dzieło lub na innych podstawach prawnych.

[7] Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych

[8] Do formularza rekrutacyjnego należy załączyć odpowiednie orzeczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia. Osoba z niepełnosprawnościami – osoba niepełnosprawna w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. 2023 poz. 100 ze zm.), a także osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123.

	b) W przypadku osób poniżej 16 r.ż.	posiadające orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego ☐dzieci i młodzież posiadająca orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim

KRYTERIA MERYTORYCZNE kandydata do projektu (pierwszeństwa)
Proszę zaznaczyć X jeśli spełnia Pan/Pani kryteria merytoryczne (Jeśli należy Pan/Pani do grupy osób preferowanych do objęcia wsparciem, to otrzyma Pan/Pani dodatkowe punkty w procesie rekrutacji. Jeśli nie spełnia Pan/Pani kryteriów preferowanych nadal możliwy jest udział w projekcie).

Osoba o znacznym / umiarkowanym stopniu niepełnosprawności **lub tożsamym na podstawie odrębnych przepisów**	☐ Tak	☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną	☐ Tak	☐ Nie
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną	☐ Tak	☐ Nie
Osoba z chorobami psychicznymi	☐ Tak	☐ Nie
Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym	☐ Tak	☐ Nie
Osoba lub rodzina korzystająca z Funduszu Europejskiego na Pomoc Żywnościową 2021-2027	☐ Tak	☐ Nie
Osoba zamieszkująca samotnie	☐ Tak	☐ Nie
KRYTERIA PREMIUJĄCE dotyczące opiekuna faktycznego		
Osoba zamieszkująca obszary wiejskie	☐ Tak (+ 5 pkt)	☐ Nie
Osoba lub rodzina zagrożona ubóstwem lub wykluczeniem społ. doświadczająca wielokrotnego wykluczenia	☐ Tak (+ 5 pkt)	☐ Nie
Osoba która nie korzysta z innych usług asystenckich lub opiekuńczych	☐ Tak (+ 5 pkt)	☐ Nie
Osoba która korzysta z usług asystenckich lub opiekuńczych po raz pierwszy	☐ Tak (+ 5 pkt)	☐ Nie
Osoba z więcej niż jedną osobą z niepełnosprawnością w gospodarstwie domowym	☐ Tak (+ 2 pkt)	☐ Nie

INNE INFORMACJE O KANDYDATCE/-CIE DO PROJEKTU		
Czy istnieją jeszcze inne informacje na temat Pana/Pani potrzeb/problemów społecznych?		
☐Tak, jakie? ☐Nie		
KARTA WYKLUCZENIA SPOŁECZNEGO		
Ubóstwo	☐ Tak	☐ Nie
Sieroctwo	☐ Tak	☐ Nie
Bezdomność	☐ Tak	☐ Nie
Bezrobocie	☐ Tak	☐ Nie
Niepełnosprawność	☐ Tak	☐ Nie
Długotrwała lub ciężka choroba	☐ Tak	☐ Nie
Przemoc domowa	☐ Tak	☐ Nie
Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych	☐ Tak	☐ Nie
Trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy;	☐ Tak	☐ Nie
Trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego;	☐ Tak	☐ Nie
Alkoholizm lub narkomania	☐ Tak	☐ Nie
Zdarzenie losowe i sytuacja kryzysowa	☐ Tak	☐ Nie
Inne[9] Jakie: ……	☐ Tak	☐ Nie

Oświadczenia

1. Oświadczam, że podane przeze mnie dane zawarte w niniejszym dokumencie, jak również w innych dokumentach dołączonych do niniejszego formularza są prawdziwe i zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o wszelkich zmianach w tym np. o zmianie: nr telefonu, adresu, statusu na rynku pracy.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Usługi społeczne w gminach Długołęka, Dobroszyce, Kobierzyce, Miękinia, Oborniki Śląskie, Oleśnica (miasto), Wisznia Mała, Zawonia" nr. FEDS. 07.10-IP.02.0004/24 oraz z załącznikami do ww. regulaminu i w pełni akceptuję jego warunki.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych w ramach realizacji niniejszego projektu.
4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że Projekt „Usługi społeczne w gminach Długołęka,

[9] Do pozostałych powodów wykluczenia społecznego nie wymienionych powyżej zgodnie z **art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej** zalicza się: skutki klęska żywiołowych lub ekologicznych, wykluczenie z powodu braku kwalifikacji zawodowych lub niskiego wykształcenia, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi itp.

Dobroszyce, Kobierzyce, Miękinia, Oborniki Śląskie, Oleśnica (miasto), Wisznia Mała, Zawonia" nr współfinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027,

5. Akceptuję fakt, że złożone przeze mnie dokumenty rekrutacyjne nie są równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu. W przypadku niezakwalifikowania się do udziału w Projekcie nie będę wnosił/-a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Realizatora projektu.
6. Deklaruję uczestnictwo we wszystkich formach wsparcia w projekcie, równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym wskazaną w Regulaminie naboru i uczestnictwa osobę/ jednostkę.
7. Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych oraz ewaluacyjnych na potrzeby Projektu.

……

data, **czytelny podpis** kandydata/ki

W załączeniu przedkładam:

□ Deklaracja uczestnictwa w projekcie

□ Kserokopia dokumentu potwierdzającego stopień niepełnosprawności – orzeczenie wydane przez Powiatowe Centrum Orzekania, orzecznika ZUS, zaświadczenie lekarskie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia

□ inne (np. orzeczenie o stopniu niepełnosprawności) ……

ŁĄCZNA LICZBA PRZYZNANYCH PUNKTÓW:

Kwalifikacja do projektu	**TAK**	**NIE**
Decyzja		
Lista rezerwowa		
Komisja rekrutacyjna /imię, nazwisko, stanowisko w projekcie/	data	podpis