



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Przepis na Wsparcie – rozwój usług społecznych na obszarze gm. Połczyn-Zdrój**” **FEPZ.06.18-IP.01-0017/24** współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.

**Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego
(wypełnia personel projektu)**

Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DLA OSOBY WYMAGAJĄCEJ WSPARCIA
w ramach projektu „Przepis na Wsparcie – rozwój usług społecznych na obszarze gm. Połczyn-Zdrój”**

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY

(Dotyczy opiekunów prawnych/pełnomocników - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką prawną lub takich, które udzieliły pełnomocnictwa do ich reprezentowania)

IMIĘ	
NAZWISKO	

- 1. Dane osobowe Kandydata/Kandydatki** (wypełnić czytelnie w języku polskim oraz zaznaczyć odpowiedź znakiem x we właściwej kratce)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:
Nazwisko:
PESEL:



<p>Płeć:</p> <p><input type="checkbox"/> kobieta</p> <p><input type="checkbox"/> męczyzna</p>
<p>Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)</p>
<p>Wykształcenie:</p> <p><input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0)</p> <p><input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1)</p> <p><input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2)</p> <p><input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3)</p> <p><input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4)</p> <p><input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)</p>
<p>Województwo:</p>
<p>Powiat:</p>
<p>Gmina:</p>
<p>Miejscowość:</p>
<p>Ulica:</p>
<p>Nr budynku:</p>
<p>Nr lokalu:</p>
<p>Kod pocztowy:</p>
<p>Telefon kontaktowy:</p>
<p>Adres e-mail:</p>

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,		TAK		NIE	



<p>schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane);</p> <p>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 ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;</p> <p>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;</p> <p>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.</p>			
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--



<p>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.</p>	TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	
<p>Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności: <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie</p>					

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/Kandydatki (zaznaczyć składane dokumenty):

<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności z ZUS/KRUS		
<input type="checkbox"/> częściowa niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy	<input type="checkbox"/> całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z rejestru mieszkańców potwierdzające zamieszkanie na terenie gminy Polczyn-Zdrój		





inne

3. Wniosek Kandydata/Kandydatki o udzielenie podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać (proszę wybrać tylko jedną):

1.	Sąsiedzkie usługi opiekuńcze wraz z teleopieką i usługą transportową door-to-door	<input type="checkbox"/>
2.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze wraz z teleopieką	<input type="checkbox"/>

4. Oświadczenia Kandydata/Kandydatki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. Mieszkam na terenie gminy Połczyn-Zdrój. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium
2. Nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
3. Zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu i akceptuję wszystkie zawarte w nich postanowienia oraz 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.
5. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że ww. informacje są z zgodne ze stanem faktycznym.

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis

Oświadczenie (należy wypełnić tylko jeśli dotyczy).

1

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
o numerzewydane przez
w dniu, na okres od do,
które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....

Data i podpis Kandydata/Kandydatki lub Pełnomocnika



5. Wskazanie kandydata na osobę do wykonywania usług sąsiedzkich

(należy wypełnić tylko w przypadku ubiegania się o ten rodzaj usług).

Oświadczam, że:

Wskazuję osobę z mojego najbliższego otoczenia, która może świadczyć na moją rzecz usługi sąsiedzkie. Ponadto oświadczam, że akceptuję wskazaną poniżej osobę w tej roli oraz że osoba ta darzona jest przeze mnie zaufaniem, umożliwiającym jej wykonywanie wnioskowanych usług.

Wnoszę o objęcie mnie wsparciem w formie sąsiedzkich usług opiekuńczych świadczonych przez:

Imię			
Nazwisko			
Adres zamieszkania			
Ulica			
Numer domu		Numer lokalu	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Telefon			

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

6. 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



7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata/Kandydatkę
(wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Płeć – kobieta (oświadczenie) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Osoba w wieku 60+ – 3 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suma uzyskanych punktów:	pkt.	

8. Uwagi komisji rekrutacyjnej:

.....

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....

.....

.....