



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Dobra Jesień Życia – usługi opiekuńcze na terenie gminy Bobrowniki**”

FESL.07.04-IZ.01-05F2/23-003 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027

<b>Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego</b> (wypełnia personel projektu)			
<b>Data wpływu Formularza</b>	<b>Godzina</b>	<b>Numer zgłoszenia</b>	<b>Podpis osoby przyjmującej formularz</b>

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

w ramach projektu „Dobra Jesień Życia – usługi opiekuńcze na terenie gminy Bobrowniki”

<b>DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY</b> (Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
<b>IMIĘ</b>	
<b>NAZWISKO</b>	

1. **Dane osobowe Uczestnika** (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć x)

<b>Dane:</b>
<b>Obywatelstwo:</b>
<b>Imię:</b>
<b>Nazwisko:</b>



<b>PESEL:</b>	
<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<b>Wiek:</b> <b>(w chwili przystąpienia do projektu)</b>	
<b>Wykształcenie:</b> <input type="checkbox"/> średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
<b>Województwo:</b>	
<b>Powiat:</b>	
<b>Gmina:</b>	
<b>Miejscowość:</b>	
<b>Ulica:</b>	
<b>Nr budynku:</b>	
<b>Nr lokalu:</b>	
<b>Kod pocztowy:</b>	
<b>Telefon kontaktowy:</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)</b>	
<b>OSOBA BIERNA ZAWODOWO</b>	



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	
<b>OSOBA BEZROBOTNA</b> - 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	
<b>OSOBA PRACUJĄCA</b>		
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				
<b>Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia) (dotyczy tylko osób zatrudnionych)</b>					
<b>STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:</b>					
<b>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b> tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TA K			NIE	
<b>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO</b> tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TA K			NIE	
<b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ</b> mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska,	TA K		ODMOWA PODANIA INFORMACJ I	NIE	



<p>łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie</p>						
<p><b>OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ</b> 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 bezdomych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/ medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomych - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 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</p>	<p>TAK</p>		<p>NI E</p>			



<p>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><b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWN OŚCIAMI</b></p>								



<p>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 INFORMAC JI		NIE			
<p><b>Osoba z niepełnosprawnością sprzężoną</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>								
<p><b>Osoba z zaburzeniami psychicznymi:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>								
<p><b>Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>								
<p><b>Osoba z zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>								





**Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:**

- Tak  
 Nie

**Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione jak powyżej):**

- Tak  
 Nie

Jeśli tak, proszę podać w jakiej:

.....  
.....

**Specjalne potrzeby dot. barier w otoczeniu (np. architektoniczne, komunikacyjne, poznawcze, cyfrowe, przestrzenne):**

.....  
.....  
.....

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis**

**2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/cki (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"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań (jeśli dotyczy)		
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
<input type="checkbox"/> Potwierdzenie zamieszkania (oświadczenie) na terenie gminy Bobrowniki.		
<input type="checkbox"/> Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		



inny dokument (jaki?)

**3. Wniosek Kandydata/teki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać:**

1.	Usługi opiekuńcze w Klubie Seniora	<input type="checkbox"/>
2	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	<input type="checkbox"/>

**4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:**

1.	Teleopieka	<input type="checkbox"/>
----	------------	--------------------------

**5. Oświadczenia Kandydata/teki**

**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. mieszkam na terenie gminy Bobrowniki.
2. w dniu złożenia formularza mam skończone co najmniej 60 lat.
3. jestem osobą niesamodzielną w zakresie co najmniej 1 z codziennych czynności, wymagającym wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.
4. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego.
5. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania.
6. 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.



.....

.....

**Miejscowość, data**

**czytelny podpis**

**Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):**

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

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego



Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

Ja niżej podpisana oświadczam, że: jestem kobietą

.....  
Data i podpis Kandydata/teki lub Opiekuna faktycznego

#### **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 (wypełnia personel projektu)**



Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Posiadanie orzeczenia o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Niepełnosprawność sprzężona – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Niepełnosprawność intelektualna – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Choroby psychiczne – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10 – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) korzystanie z programu Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa 2021-2027 – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) samotne zamieszkiwanie – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Płeć – kobiety – 10 pkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Suma uzyskanych punktów:</b>		<b>pkt.</b>

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji**