

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Przepis na Wsparcie - usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu rawskiego i brzezińskiego**” FELD.07.09-IP.01-0110/24 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027.

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „Przepis na Wsparcie - usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu z powiatu rawskiego i brzezińskiego”

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

1. Dane osobowe Kandydata/Kandydatki (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć x)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:
Nazwisko:

PESEL:
Płeć: <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)
Wykształcenie: <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)
Województwo:
Powiat:
Gmina:
Miejscowość:
Ulica:
Nr budynku:
Nr lokalu:
Kod pocztowy:
Telefon kontaktowy:
Adres e-mail:

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)

OSOBA BIERNIA 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				
STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:					
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;	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI	NIE	



<p>mniejszości etniczne: karańska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie</p>						
<p>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, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - 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 względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą;</p>	TAK			NIE		



<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 1997 r. 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



Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności:

- Tak
- Nie

Osoba z niepełnosprawnością:

- Tak
- Nie

w tym:

a. sprzężoną

- Tak
- Nie

b. intelektualną

- Tak
- Nie

Osoba z chorobą psychiczną:

- Tak
- Nie

Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodne z ICD10

- Tak
- Nie

Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową

- Tak
- Nie

Osoba samotnie zamieszkująca

- Tak
- Nie

Osoba w innej trudnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione wyżej):

- 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/Kandydatki (zaznaczyć składane dokumenty):

<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie powiatu rawskiego lub brzezińskiego		
<input type="checkbox"/> Oświadczenie o samotnym zamieszkiwaniu		
<input type="checkbox"/> Umowa/zaświadczenie potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		
<input type="checkbox"/> inny dokument (jaki?)		
.....		

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

1.	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w powiecie rawskim	<input type="checkbox"/>
2.	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w powiecie brzezińskim	<input type="checkbox"/>
3.	Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania w powiecie rawskim	<input type="checkbox"/>
4.	Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania w powiecie brzezińskim	<input type="checkbox"/>
5.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w powiecie rawskim w formie opieki rehabilitacyjnej	<input type="checkbox"/>
6.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w powiecie brzezińskim w formie opieki rehabilitacyjnej	<input type="checkbox"/>

4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:

1.	Wsparcie w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego dla opiekuna faktycznego i najbliższego otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.	<input type="checkbox"/>
2.	Teleopieka	<input type="checkbox"/>



5. Oświadczenia Kandydata/Kandydatki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. mieszkam na terenie powiatu rawskiego/brzezińskiego¹. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
2. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
3. zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i 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.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- zamieszkuję/pracuję/uczę² się na terenie powiatu rawskiego/brzezińskiego³,
- jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- posiadam znaczny/umiarkowany⁴ stopień niepełnosprawności,
- jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną,
- jestem osobą chorą psychicznie,
- jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną,
- jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (ICD10),
- korzystam z programu FE PŻ,
- samotnie zamieszkuję.

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

¹ Niepotrzebne skreślić.

² Niepotrzebne skreślić

³ Niepotrzebne skreślić

⁴ Niepotrzebne skreślić



6. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: dane Kandydata/Kandydatki 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
a) Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
c) Choroba psychiczna (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
f) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowa) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
g) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
h) Ocena 40 pkt. lub mniej w skali Barthel (karta oceny stanu osoby) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
i) Wiek 80+ (na podstawie okazania dokumentu) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
j) Płeć kobieta (na podstawie okazania dokumentu) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
Suma uzyskanych punktów:	

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji