



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Krzyżanów – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**” FELD.07.09-IP.01-0030/24 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 „Pomocna Dłoń dla mieszkańców gminy Krzyżanów – usługi społeczne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

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 Uczestnika (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć x)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:



Nazwisko:
PESEL:
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)
Wykształcenie: ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) ☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) ☐ 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 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 PODMIOTOCIE 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 UCZESTNIKA 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	TAK	ODMOWA PODANIA INFORMACJI



mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie					
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 bezdомności - 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	TAK			NIE	



zajmujące ziemie, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 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; 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.					
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.	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE



Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.						
Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności: ☐ Tak ☐ Nie						
Osoba z zaburzeniami psychicznymi: ☐ Tak ☐ Nie						
Osoba z niepełnosprawnością intelektualną: ☐ Tak ☐ Nie						
Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10: ☐ Tak ☐ Nie						
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/tki (zaznaczyć składane dokumenty):

☐ Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:		
☐ znacznym	☐ umiarkowanym	☐ lekkim
☐ Niepełnosprawność sprzężona		
☐ Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
☐ Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
☐ Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
☐ Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie gminy Krzyżanów		
☐ Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		
☐ inny dokument (jaki?)		

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

1.	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w gminie Krzyżanów	☐
-----------	---	--------------------------

4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:

1.	Transport typu door-to-door	☐
2.	Teleopieka	☐

5. Oświadczenia Kandydata/tki**Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:**

1. mieszkam na terenie gminy Krzyżanów. W załączeniu składałem 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: posiadam orzeczenie o niepełnosprawności, o stopniu niepełnosprawności, o numerzewydane przez w dniu, na okres.....które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

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

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

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

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

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

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

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



Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną.

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

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

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

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

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

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą.

.....
Data i podpis Kandydata/ki 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/kę (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
a) Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt.	☐	☐
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.	☐	☐
c) Choroby psychiczne (orzeczenie)- 10 pkt.	☐	☐
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie)- 10 pkt.	☐	☐
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.	☐	☐
f) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.	☐	☐
g) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowa) – 10 pkt.	☐	☐
h) Płeć – kobieta (wer. dok. tożsamości) – 5 pkt.	☐	☐
Suma uzyskanych punktów:		

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji