



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: ☐ 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 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; 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, 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	TAK				NIE	



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; 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	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	



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.						
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):**

☐ Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:		
☐ znacznym	☐ umiarkowanym	☐ lekkim
☐ Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
☐ Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
☐ Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
☐ Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie powiatu rawskiego lub brzezińskiego		
☐ Oświadczenie o samotnym zamieszkiwaniu		
☐ Umowa/zaświadczenie potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		
☐ 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	☐
2.	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w powiecie brzezińskim	☐



3.	Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania w powiecie rawskim	☐
4.	Usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej świadczone w miejscu zamieszkania w powiecie brzezińskim	☐
5.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w powiecie rawskim w formie opieki rehabilitacyjnej	☐
6.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania w powiecie brzezińskim w formie opieki rehabilitacyjnej	☐

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.	☐
2.	Teleopieka	☐

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

¹ Niepotrzebne skreślić.



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

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

² Niepotrzebne skreślić

³ Niepotrzebne skreślić

⁴ Niepotrzebne skreślić



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

Nazwa kryterium premiującego	TAK
a) Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt	☐
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.	☐
c) Choroba psychiczna (orzeczenie) - 10 pkt.	☐
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie) - 10 pkt.	☐
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.	☐
f) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowa) – 10 pkt.	☐
g) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.	☐
h) Ocena 40 pkt. lub mniej w skali Barthel (karta oceny stanu osoby) – 3 pkt.	☐
i) Wiek 80+ (na podstawie okazania dokumentu) – 3 pkt.	☐
j) Płeć kobieta (na podstawie okazania dokumentu) – 3 pkt.	☐
Suma uzyskanych punktów:	

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji