

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do projektu „Razem możemy więcej”
realizowanego przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży
w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027
Działanie 7.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej**

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą formularz:	
Data i podpis osoby przyjmującej formularz	
Numer formularza:/...../20.... L- pow. leżajski, B- Gmina Błażowa, M- Gmina Markowa / kolejny numer/ rok

**CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU (KANDYDATA) –
OSOBA POTRZEBUJĄCA WSPARCIA W CODZIENNYM FUNKCJONOWANIU**

1. Nazwisko i imię										
2. Pesel										
3. Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta					<input type="checkbox"/> mężczyzna				
4. Adres zamieszkania										
Ulica/Miejscowość, nr domu/nr lokalu										
Kod pocztowy i Miejscowość/ Obszar									<input type="checkbox"/> teren wiejski <input type="checkbox"/> teren miejski	
Gmina/ Powiat/ Województwo	<input type="checkbox"/> Gmina			<input type="checkbox"/> leżajski <input type="checkbox"/> rzeszowski <input type="checkbox"/> łańcucki <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Podkarpackie <input type="checkbox"/>			
5. Adres do korespondencji (jeśli jest inny niż zamieszkania)										
6. Telefon stacjonarny/ kontaktowy										
7. Adres e-mail										
8. Wykształcenie	<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ukończona szkoła średnia lub zasadnicza) <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe									



CZĘŚĆ II – INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO

1. Spełnianie kryterium formalnego (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

- Oświadczam, że jestem osobą, która potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu
- Oświadczam, że nie mam możliwości samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego tj:

-

-

- Oświadczam, że nie otrzymałem/łam dotychczas wsparcia instytucjonalnego w postaci usług opiekuńczych lub otrzymałem/łam je w innym zakresie niż te, o które ubiegam się w ramach Projektu

Do Formularza Rekrutacyjnego dołączam następujące załączniki potwierdzające spełnienie przeze mnie kryteriów formalnych:

- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu/ niekorzystaniu ze świadczeń opiekuńczych i/lub specjalistycznych (W przypadku korzystania z w/w świadczeń należy na zaświadczeniu określić rodzaj wsparcia).
- Oświadczenie, że zamieszkuję w rozumieniu Kodeksu Cywilnego w województwie podkarpackim, na terenie powiatu leżajskiego/ gminy Błażowa/ gminy Markowa.
- Zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza POZ lub od lekarza specjalisty stwierdzające, iż potrzebuje wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

2. Spełnienie kryterium premiującego (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Oświadczam, że jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności)
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej w/w schorzenie)
- Oświadczam, że jestem osobą z chorobami psychicznymi (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej w/w schorzenie)
- Oświadczam, że jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej w/w schorzenie)
- Oświadczam, że jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (należy załączyć kserokopię Orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub innej dokumentacji medycznej potwierdzającej w/w schorzenie)
- Oświadczam, że korzystam ze wsparcia w ramach Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową (zgodnie z wypełnionym oświadczeniem)
- Oświadczam, że jestem osobą zamieszkałą samotnie

3. Oświadczenie dotyczące dochodu (proszę zaznaczyć znakiem X jeśli dotyczy)

- Oświadczam, że jestem osobą, której dochód łączny nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego na osobę samotnie gospodarującą tj. kwota 776 zł x 150% = 1164,00 zł lub na osobę w rodzinie tj. kwota 600 zł x 150% = 900 zł

**CZĘŚĆ III – DANE UZUPEŁNIAJĄCE – ZGODNIE Z ZAKRESEM DANYCH
PRZETWARZANYCH W SYSTEMIE CST2021****STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU**

Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba długotrwale bezrobotna (<i>Młodzież (<25 lat) przez okres ponad 6 miesięcy, Dorośli (25 lat lub więcej) przez okres ponad 12 miesięcy</i>)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bierna zawodowo (Osoba, która nie pracuje i nie jest bezrobotna)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
w tym:	<input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się <input type="checkbox"/> Osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu	
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> w administracji rządowej <input type="checkbox"/> w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> w mikroprzedsiębiorstwie (<i>do 9 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w małym przedsiębiorstwie (<i>od 10 do 49 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w średnim przedsiębiorstwie (<i>od 50 do 249 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> w dużym przedsiębiorstwie (<i>powyżej 250 pracowników</i>) <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
Wykonywany zawód	<input type="checkbox"/> inny <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno-pedagogicznej <input type="checkbox"/> rolnik	
Prosimy o wskazanie miejsca zatrudnienia		

STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej tj.: (- Bezdomność i wykluczenie z dostępu do mieszkań oraz pochodzenie z obszarów wiejskich (wg stopnia urbanizacji DEGURBA 3) -osoba z wykształceniem na poziomie ISCED 0 (brak wykształcenia lub niższe niż podstawowe) - byli więźniowie, narkomani itp.)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE



CZĘŚĆ III – OŚWIADCZENIE

1. Wyrażam zgodę na udział w Projekcie „*Razem możemy więcej*” realizowanym przez Stowarzyszenie Pomocy Dzieciom i Młodzieży w okresie 01.12.2023 – 30.09.2027 roku w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027, PRIORYTET 7 Kapitał ludzki gotowy do zmian DZIAŁANIE 7.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej.
2. Zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin Rekrutacji i Uczestnictwa w projekcie.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w celu monitoringu oraz ewaluacji projektu zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. Dane te przechowywane będą przez Beneficjenta i udostępniane podmiotom trzecim dla zapewnienia prawidłowej realizacji projektu. W związku z powyższym mam świadomość o celu zbierania tych danych, prawie wglądu do swoich danych oraz możliwości ich poprawiania.
4. Wyrażam zgodę na publikację i rozpowszechnianie mojego wizerunku w mediach i materiałach promocyjnych dotyczących projektu „*Razem możemy więcej*”.
5. Przyjmuję do wiadomości, że:
 - dane zawarte w niniejszym Formularzu mogą być weryfikowane przez Beneficjenta,
 - złożenie nieprawdziwego oświadczenia może być potraktowane jako próba wyłudzenia środków rzeczowych i może podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
6. Niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Kandydata/Kandydatki