

## FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Oś priorytetowa	9. Włączenie społeczne
Działanie	9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne
Poddziałanie:	9.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych – ZIT

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA/CZKI	
Imię/Imiona	
Nazwisko	
PESEL	
Wiek	
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak ( <i>brak formalnego wykształcenia – ISCED 0</i> ) <input type="checkbox"/> podstawowe ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej – ISCED 1</i> ) <input type="checkbox"/> gimnazjalne ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej – ISCED 2</i> ) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne ( <i>liceum, technikum, szkoła zawodowa – ISCED 3</i> ) <input type="checkbox"/> policealne ( <i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej – ISCED 4</i> ) <input type="checkbox"/> wyższe ( <i>pełne i zakończone – licencjat lub magisterium – ISCED 5-8</i> )
DANE KONTAKTOWE	
Kraj	POLSKA
Województwo	ŚLĄSKIE
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Numer budynku	
Numer lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	

<b>Adres e-mail</b>	
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji (wypełnia Pracownik projektu zgodnie z LSI) DEBURGA 1 – duże obszary miejskie (o ludności > 50 000 mieszkańców i dużej gęstości zaludnienia); DEBURGA 2 – małe obszary miejskie (o ludności > 5 000 i średniej gęstości zaludnienia); DEBURGA 3 – obszary wiejskie (o ludności < 5 000 i małej gęstości zaludnienia)	<input type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3 (zaznaczyć właściwe)

<b>Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu</b>	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <i>(Należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
Osoba bierna zawodowo*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE  <i>* Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Do grupy biernych zawodowo zaliczamy m.in.:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• studentów studiów stacjonarnych;</li> <li>• studentów studiów niestacjonarnych (studia wieczorowe, zaoczne) ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowani jako osoby bezrobotne;</li> <li>• osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), ale tylko wtedy gdy nie są zarejestrowane jako osoby bezrobotne;</li> </ul> <i>Rozróżnienia pomiędzy statusem osoby bezrobotnej a biernej zawodowo należy dokonać na podstawie dokumentów (np. fakt potwierdzenia rejestracji w urzędzie pracy) jak i postawy potencjalnego uczestnika projektu tj. identyfikując stopień oddalenia danej osoby od rynku pracy, jej gotowość do podjęcia pracy i zaangażowanie w poszukiwanie zatrudnienia kwalifikujemy osobę do danej kategorii.</i>
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba na emeryturze / na rencie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych (spowodowanych niskim stanem technicznym budynku, niedostatecznym wyposażeniem mieszkania w instalacje oraz nadmiernym zaludnieniem mieszkania)	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
Osoba z niepełnosprawnościami, <u>(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu przepisów o ochronie zdrowia psychicznego <u>(Należy załączyć odpowiednie orzeczenie lub innym dokument poświadczający stan zdrowia)</u>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących - w którym żadna z osób nie pracuje; wszyscy członkowie rodziny są bezrobotni albo bierni zawodowo.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących ( samotna )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba przebywająca w gospodarstwie bez osób pracujących w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <i>(dzieci pozostające na utrzymaniu to osoby w wieku 0-17 lat oraz 18-24 lata, które są bierne zawodowo oraz mieszkają z rodzicem)</i>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej, np. <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> która nie ukończyła szkoły podstawowej <i>(i jest w wieku pozaszkolnym)</i>;</li> <li><input type="checkbox"/> uzależniona od alkoholu i/lub narkotyków;</li> <li><input type="checkbox"/> byli więźniowie;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba korzystająca ze świadczeń lub kwalifikująca się do objęcia wsparciem na podstawie art. 7 ustawy z 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, tj: spełniająca przesłankę (oprócz w/w): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> ubóstwa;</li> <li><input type="checkbox"/> sieroctwa;</li> <li><input type="checkbox"/> długotrwałej lub ciężkiej choroby <u>(Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza)</u>;</li> </ul> </li> </ul>	<input type="checkbox"/> TAK – proszę zakreślić właściwe obok  <input type="checkbox"/> NIE  <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> przemocy w rodzinie;</li> <li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony ofiar handlu ludźmi;</li> <li><input type="checkbox"/> potrzeby ochrony macierzyństwa lub wielodzietności;</li> <li><input type="checkbox"/> bezradności w sprawach opiekuńczo-wychowawczych i prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych;</li> <li><input type="checkbox"/> trudności w integracji cudzoziemców, którzy uzyskali w Polsce status uchodźcy, ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013r. o cudzoziemcach;</li> <li><input type="checkbox"/> zdarzenia losowego i sytuacji kryzysowej,</li> <li><input type="checkbox"/> klęski żywiołowej lub ekologicznej,</li> <li><input type="checkbox"/> osoba pochodząca z obszarów wiejskich;</li> <li><input type="checkbox"/> osoba korzystające z PO PŻ (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej</u>)</li> </ul>	
--	--

<b>Oświadczenia kwalifikujące do wsparcia</b>	
<p>Jestem osobą niesamodzielną ze względu na podeszły wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (<u>Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie od lekarza, odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia w przypadku osób niesamodzielných</u>)</p>	<input type="checkbox"/> TAK  <input type="checkbox"/> NIE
<p>Pełnię funkcję opiekuna faktycznego uczestnika projektu (<i>Opiekun faktyczny - osoba pełnoletnia, opiekująca się osobą niesamodzielną, niebędącą opiekunem zawodowym i niepobierającą wynagrodzenia z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, najczęściej członek rodziny</i>) ..... (imię i nazwisko uczestnika projektu)</p>	<input type="checkbox"/> TAK (proszę podać imię i nazwisko uczestnika projektu) <input type="checkbox"/> NIE
<p>Pełnię funkcję opiekuna faktycznego osoby niepełnosprawnej, starszej, chorej, niesamodzielną lub w inny sposób wykluczonej lub zagrożonej wykluczeniem</p>	<input type="checkbox"/> TAK

społecznym.	<input type="checkbox"/> NIE
Jestem osobą z niepełnosprawnością lub osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej – dotyczy potencjalnych uczestników – weryfikacja na podstawie oświadczenia ( <u>Należy załączyć odpowiednie oświadczenie zgodne ze wzorem</u> )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Oświadczam, iż w chwili przystąpienia do udziału w projekcie pn: <i>Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów</i> , nie jestem osobą odbywającą karę pozbawienia wolności ( nie dotyczy osób objętych dozorem elektronicznym)  Zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania Realizatora projektu o zmianie statusu w tym zakresie w trakcie mojego udziału w projekcie.  ..... ( podpis Uczestnika )	

#### Formy wsparcia

Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan skorzystać (proszę zaznaczyć właściwe)

Usługi w klubie seniora „Pod parasolem”	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Usługi w dziennym ośrodku opieki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Usługi całodobowej opieki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Usługi opiekuńcze w miejscu zam.	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Usługi Asystenta Osobistego Osoby Niepełnosprawnej z elementami opieki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Edukacja dla opiekunów osób niesamodzielnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Indywidualne poradnictwo dla opiekunów osób niepełnosprawnych	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

#### Pisemne uzasadnienie potrzeby wsparcia

Uzasadnienie powinno zawierać minimum 5 zdań i uwzględniać opis sytuacji materialnej i życiowej (rodzinnej i zawodowej) oraz zdrowotnej danej osoby niesamodzielnej/z niepełnosprawnościami i/lub opiekunów faktycznych tej osoby.

--

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis uczestnika/czki projekt

.....  
Czytelny podpis opiekuna uczestnika/czki projektu\*

\*W przypadku gdy uczestnik nie może się samodzielnie podpisać, podpis składa upoważniony opiekun.