

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Data wpływu Formularza do Biura Projektu

.....

.....

(wypełnia pracownik Biura Projektu)

FORMULARZ REKRUTACYJNY

dla osoby **niesamodzielnej** - kandydata/-tki na uczestnika/-czkę projektu
pn. „**Usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych z terenu Miasta i Gminy Morawica**”
realizowanego przez Miejsko-Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy

Poniższy formularz ma na celu zebranie informacji umożliwiających proces kwalifikujący kandydatów do uczestnictwa w w/w projekcie

Uwaga!

- Formularz rekrutacyjny powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Jeżeli formularz będzie wypełniany komputerowo nie należy zmieniać układu tabel.
- Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy zapoznać się z „Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnych z terenu Miasta i Gminy Morawica”.
- Formularz należy złożyć osobiście w siedzibie biura projektu w terminie do **15 lutego 2020r.**
- Wszystkie pola należy wypełnić. Jeżeli dane pole nie dotyczy Kandydata, należy wpisać „nie dotyczy” lub wstawić znak „-” (minus).

	Lp.	Kategoria danych	Dane
Dane kandydata/-ki	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	4	Data i miejsce urodzenia	
	5	PESEL	
Adres zameldowania /zamieszkania *	6	Ulica	
	7	Nr domu/ lokalu	
	8	Miejscowość	
	9	Gmina	
	10	Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski
	11	Kod pocztowy	
	12	Województwo	
	13	Powiat	
	14	Telefon stacjonarny	
	15	Telefon komórkowy	
	16	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

Sytuacja kandydata/-ki na uczestnika/-kę	17	Jestem osobą niesamodzielną samotną	<input type="checkbox"/> Tak
			<input type="checkbox"/> Nie
	18	Jestem osobą niesamodzielną, którą opiekuje się rodzina/bliscy itp.	<input type="checkbox"/> Tak
			<input type="checkbox"/> Nie
Status osoby niepełnosprawnej	19	Jestem osobą obłożnie chorą (leżącą)	<input type="checkbox"/> Tak
			<input type="checkbox"/> Nie
Predyspozycje kandydata/-ki	23	Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności (lub dokument równoważny)	<input type="checkbox"/> Tak (proszę załączyć kserokopię, oryginał do wglądu)
			<input type="checkbox"/> Nie
	24	Mam trudności z wykonywaniem podstawowych potrzeb życiowych (zakupy, sprzątanie, utrzymanie mieszkania w należytym porządku i czystości, przygotowanie posiłków, pomoc w utrzymaniu higieny osobistej)	<input type="checkbox"/> Tak
			<input type="checkbox"/> Nie
Dochód kandydata/-ki	25	Mam trudności w dotarciu do placówek służby zdrowia, załatwianiem spraw „urzędowych”, mam problemy z utrzymywaniem kontaktów z otoczeniem,	<input type="checkbox"/> Tak
			<input type="checkbox"/> Nie
Dochód kandydata/-ki	25	Posiadam dochód powyżej 150% kryterium dochodowego	<input type="checkbox"/> Tak
			<input type="checkbox"/> Nie

Dane kontaktowe opiekuna prawnego kandydata/-ki	Imię i nazwisko	
	Ulica	
	Nr domu/ lokalu	
	Miejscowość	
	Gmina	
	Telefon stacjonarny	
	Telefon komórkowy	
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

- ✓ Oświadczam, iż zapoznałem/am się z **Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Usługi opiekuńcze dla osób niesamodzielnich z terenu Miasta i Gminy Morawica”**, realizowanym przez Miejsko- Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Morawicy oraz zostałem/am poinformowany/a, że w/w projekt współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
- ✓ Uprzedzony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że przedstawione formularzu dane są zgodne ze stanem rzeczywistym.
- ✓ Deklaruję gotowość i wolę uczestnictwa w formach wsparcia zaplanowanych w ramach projektu.
- ✓ Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w ramach rekrutacji i udziału w w/w projekcie do centralnego systemu teleinformatycznego SL 2014, o którym mowa w art. 69 ust. 1 ustawy z 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t. j. Dz. U. 2018 r., poz. 1431, 1544), wspierającej procesy dotyczące obsługi projektu od momentu podpisania umowy o dofinansowanie - przetwarzanie danych jest zgodne z prawem i spełnia warunki, o których mowa w art. 6 ust. 1 lit. c oraz art. 9 ust. 2 lit. g Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita
Polska



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – dalej RODO – dane osobowe są niezbędne dla realizacji Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014 – 2020) (RPOWŚ 2014-2020).

- ✓ **Wyrażam/nie wyrażam***** zgodę/zgody na publikację mojego wizerunku do celów związanych z realizacją projektu.

.....
(miejscowość, data i czytelny podpis kandydata/-ki na uczestnika/kę projektu)

.....
(podpis opiekuna prawnego kandydata/ki na uczestnika/-kę projektu)

*w przypadku gdy adres zameldowania jest inny niż adres zamieszkania, w formularzu należy wpisać adres zameldowania, a także złożyć oświadczenie o miejscu zamieszkania

***niepotrzebne skreślić