Załącznik nr 2 do Regulaminu

**Data wpływu Formularza do Biura Projektu**

………………...................................................

..........................................................................

**(**wypełnia pracownik Biura Projektu)

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

dla **opiekuna osoby wymagającej wsparcia** - kandydata/-tki na uczestnika/-czkę projektu pn. **„Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagająco-rehabilitacyjnego dla mieszkańców 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!**

1. Formularz rekrutacyjny powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Jeżeli formularz będzie wypełniany komputerowo nie należy zmieniać układu tabel.
2. Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy zapoznać się z „**Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagająco-rehabilitacyjnego dla mieszkańców Miasta i Gminy”**
3. Formularz należy złożyć osobiście w siedzibie biura projektu w terminie do **29 września 2021r.**
4. 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** |  | **Imię (imiona)** |  |
|  | **Nazwisko** |  |
|  | **Płeć** | * Kobieta |
| * Mężczyzna |
|  | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  |
|  | **Data i miejsce urodzenia** |  |
|  | **PESEL** |  |
| **Adres zameldowania /zamieszkania \*** |  | **Ulica** |  |
|  | **Nr domu/ lokalu** |  |
|  | **Miejscowość** |  |
|  | **Gmina** |  |
|  | **Obszar** | * Obszar miejski |
| * Obszar wiejski |
|  | **Kod pocztowy** |  |
|  | **Województwo** |  |
|  | **Powiat** |  |
|  | **Telefon stacjonarny** |  |
|  | **Telefon komórkowy** |  |
|  | **Adres poczty elektronicznej (e-mail)** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Lp.** | **Kategoria danych** | * **Dane** |
| **Wykształcenie** |  | niższe niż podstawowe | * Tak * Nie |
| podstawowe | * Tak * Nie |
| gimnazjalne | * Tak * Nie |
| policealne | * Tak * Nie |
| ponadgimnazjalne | * Tak * Nie |
| wyższe | * Tak * Nie |
| **Sytuacja kandydata/-ki**  **na uczestnika/-kę** |  | jestem osobą samotną | * Tak * Nie |
| **Status osoby niepełnosprawnej** |  | posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności  (lub dokument równoważny) | * Tak * Nie |
| **Predyspozycje kandydata/-ki** |  | jestem opiekunem osoby wymagającej wsparcia | * Tak * Nie |
| **Status osoby**  **na rynku pracy**  **w chwili przystąpienia do projektu** |  | osoba bezrobotna zarejestrowana w urzędzie pracy | * Tak * Nie |
| osoba bezrobotna niezarejestrowana w urzędzie pracy | * Tak * Nie |
| osoba bierna zawodowo | * Tak * Nie |
| osoba pracująca | * Tak * Nie |
| **Status osoby**  **w chwili przystąpienia do projektu** |  | osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | * Tak * Nie |
|  | osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | * Tak * Nie |
|  | osoba z niepełnosprawnościami | * Tak * Nie |
|  | osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej | * Tak * Nie |

* Oświadczam, iż zapoznałem/am się z **Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Wypożyczalnia sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagająco - rehabilitacyjnego dla mieszkańców Miasta i Gminy”**, 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 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)

\*\*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