



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Biuro projektu:

Miejsko - Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Brzostku**39-230 Brzostek, ul. M.N. Mysłowskiego 11****tel. (14) 680 89 21****e-mail: mgopsbrzostek@mgopsbrzostek.pl****FORMULARZ REKRUTACYJNY**

do projektu pn. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na terenie gminy Brzostek (zadanie nr 2) realizowanego w ramach projektu grantowego pt. Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na obszarze LGD "LIWOCZ", w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021–2027 (FEP), Priorytet FEPK.08 Rozwój Lokalny Kierowany Przez Społeczność, Działanie FEPK.08.05 Usługi społeczne świadczone w społeczności lokalnej, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus

I. Potwierdzenie przyjęcia (wypełnia podmiot przyjmujący formularz):		
Data i godzina wpływu	Nr formularza	Podpis osoby przyjmującej
	 /GB/8.5	

UWAGA: Formularz należy wypełniać CZYTELNIE (w przypadku wypełniania odręcznego)

II. DANE KANDYDATA		
1.	Imię	
2.	Nazwisko	
3.	PESEL	
4.	Płeć	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
5.	Wiek /w latach/	
6.	Obywatelstwo	
III. DANE TELEADRESOWE KANDYDATA		
1.	Kraj	
2.	Województwo	
3.	Powiat	
4.	Gmina	
5.	Miejscowość	
6.	Ulica	
7.	Nr domu/lokalu	
8.	Kod pocztowy, poczta	
9.	Telefon kontaktowy	
10.	E-mail	

IV. DANE TELEADRESOWE OPIEKUNA FAKTYCZNEGO/PRAWNEGO (jeśli dotyczy)			
1.	Imię i Nazwisko		
2.	Telefon kontaktowy		
3.	E-mail		
V. KRYTERIA FORMALNE (OBLIGATORYJNE)			
Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:			
Zamieszkuję w rozumieniu przepisów KC w gminie Brzostek (art. 25 Kodeksu Cywilnego - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu).		☐ Tak	☐ Nie
- Należy przedłożyć zaświadczenie lub inny dokument potwierdzający.			
Jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.		☐ Tak	☐ Nie
- Należy przedłożyć zaświadczenie lekarskie stwierdzające niemożność samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (na załączniku nr 1 do formularza rekrutacyjnego).			
VI. KRYTERIA PREMIUJĄCE			
Ja niżej podpisany/na oświadczam, że:			
Jestem osobą zamieszkującą samotnie.		☐ Tak	☐ Nie
- Dokument potwierdzający – zaświadczenie OPS.		1 pkt	0 pkt
Jestem osobą w wieku 65 +		☐ Tak	☐ Nie
- Należy przedłożyć dokument potwierdzający, np. wgląd do dokumentu tożsamości.		1 pkt	0 pkt
Jestem osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności.		☐ Tak	☐ Nie
- Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		1 pkt	0 pkt
Jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną.		☐ Tak	☐ Nie
- Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		2 pkt	0 pkt
Jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną.		☐ Tak	☐ Nie
- Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		2 pkt	0 pkt
Jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi.		☐ Tak	☐ Nie
- Należy przedłożyć dokument potwierdzający – orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie o niepełnosprawności wydane przez uprawniony podmiot.		4 pkt	0 pkt

Jestem osobą z chorobą psychiczną. - Należy przedłożyć dokument potwierdzający – zaświadczenie lekarskie.	☐ Tak 5 pkt	☐ Nie 0 pkt
Jestem osobą korzystającą z FE PŻ - Dokument potwierdzający – zaświadczenie z OPS za okres ostatnich 24 m-cy.	☐ Tak 1 pkt	☐ Nie 0 pkt
VII. INFORMACJA O SZCZEGÓLNYCH POTRZEBACH KANDYDATA W przypadku osób posiadających orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności co możemy zrobić, aby Pani/Pan czuła/czuł się u nas komfortowo? – proszę o zaznaczenie odpowiedzi		
☐ Nie posiadam szczególnych potrzeb		
☐ Posiadam szczególne potrzeby, tj.: ☐ tłumacz polskiego języka migowego ☐ inne (proszę podać jakie?)		

VIII. POZOSTAŁE INFORMACJE	
Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:	
☐ Nie jestem lub nie byłam/em objęta/y tego samego rodzaju wsparciem , o które się ubiegam, w projektach realizowanych w Priorytecie 7 (FEP 2021-2027).	
☐ Biorę lub brałem/am udział w innym projekcie w zakresie tego samego rodzaju wsparcia realizowanym w Priorytecie 7 (FEP 2021-2027): Tytuł projektu: Nazwa i adres podmiotu realizującego projekt:	
IX. ZAŁĄCZNIKI	
Przedkładam następujące dokumenty potwierdzające spełnianie kryteriów rekrutacji:	
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
...	
X. OŚWIADCZENIA	
Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:	
• Dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą, odpowiadają stanowi faktycznemu i zostałam/em poinformowana/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą. • Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i akceptuję jego zapisy.	

- Spełniam wszystkie kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w projekcie oraz z własnej inicjatywy chcę uczestniczyć w projekcie.
- Zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych zawartą w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
- Wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Zostałam/em poinformowana/y, o możliwości odmowy podania danych wrażliwych, tj. danych rasowych i etnicznych oraz dotyczących stanu zdrowia.
- Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym tzw. danych wrażliwych) zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L.119.1).), do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, realizacją projektu, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta i Grantobiorcy z obowiązków sprawozdawczych wobec IZ. Jestem świadomy/a, że moja zgoda może być odwołana w każdym czasie, co skutkować będzie usunięciem mojej kandydatury. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie mojej zgody przed jej wycofaniem.
- Wyrażam zgodę na udział w badaniach ewaluacyjnych (w szczególności w wywiadach i ankietach) realizowanych przez IZ FEP lub innych uprawniony podmiot.
- Wyrażam zgodę na publikację zdjęć z przebiegu realizacji projektu wykorzystywanych w celach związanych z jego promocją i sprawozdawczością.
- Zostałam/em poinformowana/y o fakcie współfinansowania projektu przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027.

..... /miejscowość, data/	 /CZYTELNY podpis Kandydatki/ta lub opiekuna formalnego/prawnego
---	---

ZAŁĄCZNIK:

1. Zaświadczenie lekarskie



Fundusze Europejskie
dla Podkarpacia

Dofinansowane przez
Unię Europejską



PODKARPACKIE
przestrzeń otwarta

Załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego – Zaświadczenie lekarskie

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE
wydane na potrzeby rekrutacji
do projektu „Sąsiedzkie usługi opiekuńcze na terenie gminy Brzostek ”

Zaświadczam, że Pani/Pan
(imię i nazwisko Kandydatki/ta)

Zamieszkała/y
(Pełny adres zamieszkania Kandydatki/ta)

PESEL:

ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego.

.....
Miejscowość, data

.....
Pieczęć i podpis lekarza
pierwszego kontaktu