



Załącznik nr 1

do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba**”,
współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Dolnego Śląska 2021-2027

Potwierdzenie złożenia formularza zgłoszeniowego (wypełnia personel projektu)

Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „Przepis na Opiekę – usługi społeczne dla osób wymagających wsparcia z m. Szklarska Poręba”

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY

(Dotyczy opiekunów prawnych - należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)

IMIĘ	
NAZWISKO	

1. Dane osobowe Uczestnika (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć **x**)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:
Nazwisko:
PESEL:



Płeć:	
<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Wiek: (w chwili przystąpienia do projektu)	
Wykształcenie:	
<input type="checkbox"/> niższe niż podstawowe (ISCED 0) <input type="checkbox"/> podstawowe (ISCED 1) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (ISCED 2) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (ISCED 3) <input type="checkbox"/> policealne (ISCED 4) <input type="checkbox"/> wyższe (ISCED 5-8)	
Województwo:	
Powiat:	
Gmina:	
Miejscowość:	
Ulica:	
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres e-mail:	
OSOBA BIERNA ZAWODOWO	
tj. osoba, która w danej chwili nie tworzy zasobów siły roboczej - nie jest osobą pracującą ani bezrobotną	
W TYM	OSOBA NIEUCZESTNICZĄCA W KSZTAŁCENIU LUB SZKOLENIU
W TYM	OSOBA UCZĄCA SIĘ/ODBYWAJĄCA KSZTAŁCENIE - studenci studiów stacjonarnych, chyba że są już zatrudnieni (również na część etatu) to wówczas powinni być wykazywani jako osoby pracujące - dzieci i młodzież do 18 r. ż. pobierające naukę, o ile nie spełniają przesłanek, na podstawie których można je zaliczyć do osób bezrobotnych lub pracujących



	- doktoranci, którzy nie są zatrudnieni na uczelni, w innej instytucji lub przedsiębiorstwie; w przypadku, gdy doktorant wykonuje obowiązki służbowe, za które otrzymuje wynagrodzenie, lub prowadzi działalność gospodarczą zalicza się do osób pracujących; w przypadku, gdy doktorant jest zarejestrowany jako bezrobotny, zalicza się do osób bezrobotnych	
W TYM	INNE	
OSOBA BEZROBOTNA		
- osoba pozostająca bez pracy, gotowa do podjęcia pracy i aktywnie poszukująca zatrudnienia		
W TYM	OSOBA DŁUGOTRWALE BEZROBOTNA tj. pozostająca w rejestrze powiatowego urzędu pracy przez okres ponad 12 miesięcy w okresie ostatnich 2 lat – z wyłączeniem okresów odbywania stażu i przygotowania zawodowego	
W TYM	INNE	
OSOBA PRACUJĄCA		
W TYM	osoba prowadząca działalność na własny rachunek	
W TYM	osoba pracująca w administracji rządowej	
W TYM	osoba pracująca w administracji samorządowej (z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty)	
W TYM	osoba pracująca w organizacji pozarządowej	
W TYM	osoba pracująca w MMŚP	
W TYM	osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	
W TYM	osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	
W TYM	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	
W TYM	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	
W TYM	osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)	
W TYM	osoba pracująca na uczelni	
W TYM	osoba pracująca w instytucie naukowym	
W TYM	osoba pracująca w instytucie badawczym	
W TYM	osoba pracująca w instytucie działającym w ramach sieci badawczej Łukasiewicz	
W TYM	osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	
W TYM	osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa	



	wyższego i nauki			
W TYM	osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej			
W TYM	inne			
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK		NIE	
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK		NIE	
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		NIE	
	ODMOWA PODANIA INFORMACJI			
OSOBA BEZDOMNA LUB DOTKNIĘTA WYKLUCZENIEM Z DOSTĘPU DO MIESZKAŃ 1. Bez dachu nad głową, w tym osoby żyjące w przestrzeni publicznej lub zakwaterowane interwencyjnie; 2. Bez mieszkania, w tym osoby zakwaterowane w placówkach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/medyczne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie, w tym osoby w lokalach niezabezpieczonych – przebywające czasowo u rodziny / przyjaciół, tj. przebywające w konwencjonalnych warunkach lokalowych, ale nie w stałym miejscu zamieszkania ze względu na brak posiadania takiego, wynajmujący nielegalnie lub nielegalnie zajmujące ziemię, osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą; 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe, w tym osoby zamieszkujące konstrukcje tymczasowe/ nietrwałe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, w warunkach skrajnego przeludnienia;	TAK		NIE	



<p>5. Osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowane na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności, a także osoby niezamieszkujące w lokalu mieszkalnym i zameldowaną na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.</p>				
<p>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</p>	TAK		NIE	
	ODMOWA PODANIA INFORMACJI			
<p>Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>				
<p>Osoba z zaburzeniami psychicznymi:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>				
<p>Osoba z niepełnosprawnością intelektualną:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>				
<p>Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnym z ICD10:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>				
<p>Osoba korzystająca z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową:</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p>				

.....
miejsowość, data

.....
podpis



2. Przedłożone dokumenty uzupełniające, potwierdzające stan zdrowia i status Kandydata/tki (zaznaczyć składane dokumenty):

<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności w stopniu:		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
<input type="checkbox"/> Niepełnosprawność sprzężona		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań (jeśli dotyczy)		
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
<input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie Miasta Szklarska Poręba np. pierwsza strona PIT, wyciąg z US, kserokopia decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, umowa najmu, pierwsza strona rachunku lub faktury za media/ścieki/odpady komunalne wskazująca adresata, wydruk ze strony PUE bądź inny wystawiony dokument potwierdzający zamieszkanie		
<input type="checkbox"/> Umowa potwierdzająca uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		
<input type="checkbox"/> Inny dokument (jaki?)		

3. Wniosek Kandydata/tki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać (proszę wybrać jedną):

1.	Usługi asystenckie	<input type="checkbox"/>
2.	Usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/>

4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:

1.	Teleopieka	<input type="checkbox"/>
2.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze	<input type="checkbox"/>



3.	Usługi transportowe (doraźnie, w razie potrzeby)	<input type="checkbox"/>
-----------	---	--------------------------

5. Oświadczenia Kandydata/tki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

- 1) mieszkam na terenie Miasta Szklarska Porębie. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
- 2) nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego,
- 3) zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, oraz akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania,
- 4) w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji.

.....
miejsowość, data

.....
podpis

Ponadto oświadczam, że (jeśli dotyczy):

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, o numerzewydane przez w dniu, na okres....., które stanowi załącznik do dokumentacji rekrutacyjnej.

.....
Data i podpis Kandydata/tki lub pełnomocnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: jestem osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....



Data i podpis Kandydata/teki lub pełnomocnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....

Data i podpis Kandydata/teki lub pełnomocnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: jestem osobą chorującą psychicznie. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....

Data i podpis Kandydata/teki lub pełnomocnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną.

.....

Data i podpis Kandydata/teki lub pełnomocnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: jestem osobą z całościowym zaburzeniem rozwoju zgodnie z ICD10. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....

Data i podpis Kandydata/teki lub pełnomocnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: korzystam z programu Funduszy Europejskich na Pomoc Żywnościową. W załączniku składam dokument potwierdzający spełnienie kryterium.

.....

Data i podpis Kandydata/teki pełnomocnika

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: jestem osobą samotnie zamieszkującą i prowadzę jednoosobowe gospodarstwo domowe.

.....

Data i podpis Kandydata/teki lub pełnomocnika

Ja niżej podpisana oświadczam, że: jestem kobietą.

.....

Data i podpis Kandydatki lub pełnomocnika



6. Oświadczenie osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny (wypełnia personel projektu)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że: dane uczestnika projektu zostały zweryfikowane na podstawie dokumentu tożsamości w dniu

.....

Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego:	TAK	NIE
a) znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie)	10 pkt	0 pkt
b) niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie)	10 pkt	0 pkt
c) choroby psychiczne (orzeczenie)	10 pkt	0 pkt
d) niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie)	10 pkt	0 pkt
e) całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie)	10 pkt	0 pkt
f) samotne zamieszkiwanie (oświadczenie)	10 pkt	0 pkt
g) korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (umowy)	10 pkt	0 pkt
h) płeć – kobieta (oświadczenie)	5 pkt	0 pkt
Suma uzyskanych punktów:		

.....
miejsowość, data

.....
**podpis Specjalisty
ds. rekrutacji**