

Załącznik nr 1C do Regulaminu rekrutacji i udziału w Projekcie

## FORMULARZ REKRUTACYJNY do Projektu pt. „Dzienny Dom Pobytu w Brzozowie „Centrum Wsparcia dla Osób Niesamodzielnych”

Przed złożeniem wypełnionego formularza prosimy o zapoznanie się z „Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie dostępnym na [www.wtrosce.pl](http://www.wtrosce.pl)

Proszę wskazać właściwy wybór poprzez wstawienie w zaznaczone pole  znaku: **X**

Forma wsparcia	Data, godzina wpływu formularza	Nr formularza rekrutacyjnego wg. kolejności składania formularzy
	<i>Wypełnia Fundacja</i>	
1. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania - <b>pielęgnacyjne</b>		
2. Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania - <b>usprawniające (rehabilitacyjne)</b>		

### **UWAGA:**

- Formularz rekrutacyjny do Projektu powinien być wypełniony elektronicznie lub odręcznie drukowanymi literami w sposób czytelny i bez skreśleń długopisem koloru niebieskiego.
- W przypadku dokonania skreślenia, proszę postawić parafkę wraz z datą (obok skreślenia), a następnie zaznaczyć prawidłową odpowiedź.
- Brak wymaganych informacji może skutkować przyznaniem mniejszej liczby punktów.
- Prosimy o zachowanie kopii składanych dokumentów rekrutacyjnych ponieważ oryginał nie podlega zwrotowi.

1	<b>Imię/ imiona</b>	
2	<b>Nazwisko</b>	
3	<b>PESEL</b>	<b>Wiek</b>
4	<b>Płeć</b>	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
5	<b>Adres zamieszkania</b>	Województwo
		Powiat
		Gmina
		Kod pocztowy
		Miejscowość
		Ulica
		Nr domu
		Nr lokalu

5	<b>Dane kontaktowe</b>	Telefon kontaktowy	
		Adres e-mailowy <i>(jeżeli uczestnik posiada)</i>	

**Część A** - wypełnia kandydat/ kandydatka do objęcia usługami opiekuńczymi w miejscu zamieszkania.

Ja niżej podpisany/a pouczone/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą:

Oświadczam, że:

1. **jestem osobą:**

niesamodzielną, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego takich m. in takich jak: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, kontrolowanie czynności fizjologicznych, sprzątanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu<sup>1</sup> i nie mam przeciwwskazań lekarskich do skorzystania ze wsparcia – usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania *(do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie lekarskie wg. wzoru stanowiącego zał. 2B do regulaminu rekrutacji);*

2. **jestem osobą** *(należy wybrać jedną z odpowiedzi):*

samotną w rozumieniu art. 6 pkt 9 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, która jest pozbawiona takiej pomocy mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości;

samotnie gospodarującą w rozumieniu art. 6 pkt 10 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą takiej pomocy zapewnić, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości;

w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić odpowiedniej pomocy, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości

**która równocześnie wymaga:** *(należy wybrać jedną z odpowiedzi):*

specjalistycznych usług opiekuńczych - pielęgnacyjnych w miejscu zamieszkania *(do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie/ zaleceni lekarskie wg. wzoru stanowiącego zał. 2C do regulaminu rekrutacji);;*

rehabilitacji i usprawnienia zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z póź. zm.) *(do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam zaświadczenie/ zalecenia lekarskie lub specjalisty z zakresu rehabilitacji ruchowej lub fizjoterapii wg. wzoru stanowiącego zał. 2C do regulaminu rekrutacji);*

3.  posiadam aktualne orzeczenie o niepełnosprawności *(do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam kserokopię orzeczenie);*

jeżeli tak to jest to niepełnosprawność w stopniu:

- LEKKIM                       UMIARKOWANYM                       ZNACZNYM

symbol przyczyny niepełnosprawności: ..... data ważności orzeczenia: .....

oczekiwania / potrzeby wynikające z posiadanej niepełnosprawności<sup>2</sup>

.....  
.....

4. **jestem osobą:**

<sup>1</sup> - (niniejsze wskazanie nie jest katalogiem zamkniętym i Kandydat/ka może wymagać opieki lub wsparcia w związku z niemożnością wykonywania innej czynności)

<sup>2</sup> - aby optymalnie dostosować w ramach zasady racjonalnych usprawnień wybraną formę wsparcia do potrzeb danego UP należy wskazać dodatkowe potrzeby ON zgłaszającej się do projektu np.: tłumacz języka migowego, transport niskopodłogowy, dostosowanie infrastruktury komputerowej np. programy powiększające, mówiące, osoby asystujące, odpowiednie dostosowanie wyżywienia - należy podać jakie:

korzystającą z pielęgniarskiej opieki środowiskowej w ramach NFZ

TAK  NIE

*(do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam oświadczenie wg wzoru stanowiącego zał. 5B do regulaminu rekrutacji lub zaświadczenie z POZ).*

5. jestem osobą:

doświadczającą wielokrotnego wykluczenia *(do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam oświadczenie wg wzoru stanowiącego zał. 3B do regulaminu rekrutacji lub zaświadczenie z OPS),*

6.  korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa *(do dokumentacji rekrutacyjnej dołączam oświadczenie wg wzoru stanowiącego zał. 4B do regulaminu rekrutacji lub zaświadczenie OPS),*

7.  samotnie gospodarującą, której dochód nie przekracza obowiązującego 150% kryterium dochodowego<sup>3</sup>,

8.  samotnie gospodarującą, której dochód przekracza 150% kryterium dochodowego<sup>4</sup>

9.  jestem osobą zamieszkującą w rodzinie, w której dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 150% kryterium dochodowego<sup>5</sup>

10.  jestem osobą zamieszkującą w rodzinie, w której dochód na osobę w rodzinie przekracza 150% kryterium dochodowego<sup>6</sup>,

11.  zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w Projekcie Dzienny Dom Pobytu w Brzozowie „Centrum Wsparcia dla Osób Niesamodzielnych” i akceptuję jego warunki.

#### **Ponadto oświadczam, że:**

a) dobrowolnie zgłaszam swój udział do Projektu,

b) dobrowolnie zapoznałam/łam się z zapisami Regulaminu rekrutacji/uczestnictwa w Projekcie, które akceptuję i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie, w tym potwierdzam świadomość o zobowiązaniu dotyczącym przekazania Organizatorowi wszelkich danych potrzebnych do wyliczenia wskaźników Projektu zarówno w czasie jego trwania jak i po jego opuszczeniu (do 4 tygodni od zakończenia udziału w Projekcie), a także w okresie jego trwałości (w tym uczestnictwa w badaniu ewaluacyjnym w przypadku wytypowania),

c) zostałam poinformowany/jestem świadomy/a, iż:

o Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego i realizowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020,

o administratorem moich danych osobowych jest: Fundacja WTROSCE O ŻYCIĘ, ul Rzeszowska 14, 38-200 Brzozów we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych należy się kontaktować się z Administratorem poprzez e-mail: [fundacja@brzozow.op.pl](mailto:fundacja@brzozow.op.pl), telefonicznie 134343122 lub 695577975, listownie – kierując korespondencją na adres siedziby Administratora;

o podstawą prawną przetwarzania danych osobowych są art. 6 ust. 1 lit. c oraz e oraz art. 9 ust. 2 lit. g rozporządzenia 2016/679 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w związku z:

- Ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej;

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;

- Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylającego rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006 (Dz. Urz. UE L 347 z 20.12.2013, str. 470), rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1316/2013 z dnia 11 grudnia 2013 r. ustanawiającego instrument "Łącząc Europę", zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 913/2010 oraz uchylającego rozporządzenie (WE) nr 680/2007 i (WE) nr 67/2010;

<sup>3</sup> 701,00 zł x 150% = **1051,50 zł**

<sup>4</sup> 701,00 zł x 150% = **1051,50 zł**

<sup>5</sup> 528,00 zł x 150% = **792,00 zł**

<sup>6</sup> 528,00 zł x 150% = **792,00 zł**

- Rozporządzeniem wykonawczym Komisji (UE) nr 1011/2014 z dnia 22 września 2014 r. ustanawiającego szczegółowe przepisy wykonawcze do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 w odniesieniu do wzorów służących do przekazywania Komisji określonych informacji oraz szczegółowe przepisy dotyczące wymiany informacji między beneficjentami, a instytucjami zarządzającymi, certyfikującymi, audytowymi i pośredniczącymi;
- Ustawą o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020
- o posiadam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, jak również do ograniczenia ich przetwarzania, do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych;
- o przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie), jeśli moim zdaniem przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy unijnego rozporządzenia RODO;
- o moje dane osobowe mogą zostać udostępnione Instytucji Zarządzającej (Zarząd Województwa Podkarpackiego), Instytucji Pośredniczącej oraz Ministrowi właściwemu do spraw rozwoju regionalnego na warunkach przewidzianych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020;
- o moje dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany i nie będą profilowane, o podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, ale skutkiem braku/odmowy podania danych jest brak możliwości uczestnictwa w projekcie pn.: „Dzienny Dom Pobytu w Brzozowie „Centrum Wsparcia dla Osób Niezależnych””;
- o moje dane zostaną usunięte po upływie okresu związanego z archiwizacją dokumentacji Projektu.

**Uprowadzony/a o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 KK („Kto składa zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub prawdę zataja, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”) niniejszym oświadczam, że dane podane przeze mnie są zgodne z prawdą**

**W przypadku zakwalifikowania mnie do Projektu oświadczam, że najpóźniej w dniu podpisania w kontrakcie trójstronnego dostarczę:**

- ✓ formularz danych osobowych;
- ✓ deklarację udziału w Projekcie;
- ✓ oświadczenie dotyczące wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych i udostępnianie wizerunku;

Lp.	Nr zał.	Wykaz załączników:	TAK	NIE
1.	2B	Zaświadczenie/ zalecenia lekarskie <sup>7</sup>	X	_____
2.	3B	Oświadczenie lub zaświadczenie z OPS o doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia społecznego <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	4B	Oświadczenie lub zaświadczenie z OPS o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	-	Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	5B	Oświadczenie lub zaświadczenie o korzystaniu z pielęgniarstwa środowiskowego <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Czy Kandydat/ka jest osobą ubezwłasnowolnioną?

TAK                       NIE

jeżeli TAK<sup>8</sup> to jest to ubezwłasnowolnienie:

CZĘŚCIOWE                       CAŁOŚCIOWE

.....  
Data

.....  
Podpis osoby składającej formularz - Kandydata/ki do Projektu

.....

.....

<sup>7</sup> Załącznik obowiązkowy.

<sup>8</sup> Należy dołączyć kopię orzeczenia sądu o ubezwłasnowolnieniu.

*Data*

*Czytelny podpis prawnego opiekuna w przypadku,  
gdy Kandydat/ka do projektu jest osobą ubezwłasnowolnioną*

.....  
*Data*

.....  
*Podpis osoby przyjmującej i sprawdzającej formularz*