

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie pn. „**Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu**” FESW.09.04-IZ.00-0048/24 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+) w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Świętokrzyskiego 2021-2027.

Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego (wypełnia personel projektu)			
Data wpływu Formularza	Godzina	Numer zgłoszenia	Podpis osoby przyjmującej formularz

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w ramach projektu „Pomocna Dłoń dla gminy Mirzec- usługi społeczne i zdrowotne dla osób potrzebujących wsparcia w codziennym funkcjonowaniu”

DANE OSOBY PODPISUJĄCEJ DOKUMENTY (Dotyczy opiekunów prawnych/ faktycznych- należy podać w przypadku uczestnictwa w projekcie osoby będącej pod opieką ze względu na stan zdrowia lub ubezwłasnowolnienie)	
IMIĘ	
NAZWISKO	

1. Dane osobowe Kandydata/Kandydatki (wypełnić czytelnie w języku polskim, zaznaczyć x)

Dane:
Obywatelstwo:
Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Płeć:

- ☐ kobieta
☐ mężczyzna

Wiek:

(w chwili przystąpienia do projektu)

Wykształcenie:

- ☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2)
☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)
☐ wyższe (ISCED 5-8)

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Miejscowość:

Ulica:

Nr budynku:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy wybrać właściwe)

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		
STATUS KANDYDATA/KANDYDATKI W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:			
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		ODMO WA PODAN IA INFOR MACJI		NIE		
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	TAK			NIE			



<p>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;</p> <p>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;</p> <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 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i</p>	TAK		ODMO WA PODAN IA INFOR MACJI		NIE	



<p>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.</p> <p>Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.</p>						
<p>Osoba z ograniczoną samodzielnością w zakresie więcej niż jednej codziennej czynności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 						
<p>Osoba z niepełnosprawnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <p>w tym:</p> <p>a. sprzężoną</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie <p>b. intelektualną</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 						
<p>Osoba z chorobą psychiczną:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 						
<p>Osoba z całościowym zaburzeniem rozwojowym zgodnie z ICD10</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 						
<p>Osoba korzystająca z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 						
<p>Osoba samotnie zamieszkująca</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 						
<p>Osoba w innej trudnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione wyżej):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tak <input type="radio"/> Nie 						

Jeśli tak, proszę podać w jakiej:

.....

**Specjalne potrzeby dot. barier w otoczeniu (np. architektoniczne,
komunikacyjne, poznawcze, cyfrowe, przestrzenne):**

.....

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

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

<input type="checkbox"/> Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:		
<input type="checkbox"/> znacznym	<input type="checkbox"/> umiarkowanym	<input type="checkbox"/> lekkim
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Barthel		
<input type="checkbox"/> Ocena funkcjonowania wg skali Katza i Lawtona		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie lekarskie o leczeniu i stanie zdrowia		
<input type="checkbox"/> Zaświadczenie z ośrodka pomocy społecznej		
<input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zamieszkanie na terenie gminy Mirzec w woj. świętokrzyskim		
<input type="checkbox"/> Oświadczenie o samotnym zamieszkiwaniu		
<input type="checkbox"/> Skierowanie/zaświadczenie potwierdzające uczestnictwo w programie Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową		
<input type="checkbox"/> inny dokument (jaki?)		
.....		

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

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

4. Wniosek o objęcie dodatkową formą wsparcia:

1.	Długoterminowa medyczna opieka domowa w formie pielęgniarstwa długoterminowego	<input type="checkbox"/>
2.	Wsparcie w formie specjalistycznego poradnictwa psychologicznego dla opiekuna faktycznego i najbliższego otoczenia osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.	<input type="checkbox"/>
3.	Teleopieka	<input type="checkbox"/>
4.	Wsparcia w postaci wypożyczalni sprzętu rehabilitacyjnego, pielęgnacyjnego, wspomagającego	<input type="checkbox"/>

5. Oświadczenia Kandydata/Kandydatki

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że:

1. mieszkam na terenie gminy Mirzec. W załączeniu składam dokument potwierdzający spełnienie wskazanego kryterium,
2. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus,
3. zapoznałem/am 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 przekażę Beneficjentowi dane dotyczące mojego statusu na rynku pracy oraz informacje na temat udziału w kształceniu lub szkoleniu oraz uzyskania kwalifikacji oraz nabycia kompetencji. (jeśli dotyczy)

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis

Ponadto Oświadczam, że (jeśli dotyczy):

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że (zaznaczyć właściwe):

- ☐ zamieszkuję/pracuję/uczę¹ się na terenie gminy Mirzec,
- ☐ jestem osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- ☐ posiadam znaczny/umiarkowany² stopień niepełnosprawności,
- ☐ jestem osobą z niepełnosprawnością sprzężoną,
- ☐ jestem osobą chorą psychicznie,
- ☐ jestem osobą z niepełnosprawnością intelektualną,
- ☐ jestem osobą z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (ICD10),
- ☐ korzystam z programu FE PŻ,
- ☐ samotnie zamieszkuję.

.....
Data i podpis Kandydata/ Kandydatki lub Opiekuna faktycznego

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

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

.....
Data i podpis osoby przyjmującej formularz rekrutacyjny

**7. Określenie kryteriów premiujących Kandydata/Kandydatkę (wypełnia personel projektu)**

Nazwa kryterium premiującego	TAK
a) Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt	<input type="checkbox"/>
b) Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
c) Choroba psychiczna (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
d) Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
e) Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie, zaświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
f) Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (skierowanie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
g) Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
h) Zsumowany wynik 15pkt. lub mniej na skali Katza i Lawtona – 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
i) Zamieszkiwanie na obszarze tzw. „białych plam” – na obszarze gm. Mirzec w miejscowościach poza miejscowością Mirzec (umowy najmu, kopie rachunków za media lub inne równoważne dokumenty) - 10 pkt.	<input type="checkbox"/>
j) Wiek 80+ (dok.tożsamości/ośw.) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
k) Płeć kobieta (dok.tożsamości/ośw.) – 3 pkt.	<input type="checkbox"/>
Suma uzyskanych punktów:	

.....
Miejscowość, data.....
czytelny podpis Specjalisty ds. rekrutacji