

Załącznik Nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie „Sprzęt – Dobre Wsparcie”

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU
„Sprzęt – dobre wsparcie”**

Projekt realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014 – 2020, Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna, Działanie 8.3. Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, realizowany na podstawie umowy RPPK.08.03.00-18-0028/19-00

Nazwa beneficjenta (Projektodawcy)	Gmina Dukla / Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli
Tytuł projektu	„Sprzęt – dobre wsparcie”
Oś Priorytetowa	VIII Integracja społeczna
Działanie	8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych
Nr projektu	RPPK.08.03.00-18-0028/19-00
Okres realizacji	01.10.2019 – 31.12.2022

Informacje wypełniane przez upoważnionego pracownika projektu	
Indywidualny Numer Zgłoszenia (INZ)	
Data wpływu formularza	
Godzina przyjęcia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

UWAGA:

- Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy proszę wpisać odpowiednio BRAK, NIE DOTYCZY lub myślnik. Oryginał formularza nie podlega zwrotowi.
- Osoby zainteresowane udziałem w projekcie zobowiązane są do złożenia prawidłowo wypełnionych Dokumentów Rekrutacyjnych wraz z wymaganymi załącznikami.
- Dokumenty Rekrutacyjne należy złożyć w Wypożyczalni w terminie rekrutacji, w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8⁰⁰ – 12⁰⁰ lub przesłać pocztą/kurierem za potwierdzeniem odbioru na adres Wypożyczalni.
- Dla Dokumentacji Rekrutacyjnej przesłanej pocztą/kurierem za datę dostarczenia uznaje się datę wpływu (data i godzina) do Biura Projektu.
- Beneficjent zastrzega, iż wypełnienie i złożenie Dokumentów Rekrutacyjnych nie jest jednoznaczne z przyjęciem do uczestnictwa w projekcie.

I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA DO PROJEKTU

DANE PERSONALNE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU			
Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta	<input type="checkbox"/> Mężczyzna	
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Seria i numer dowodu osobistego			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak ISCED 0 (brak formalnego wykształcenia) <input type="checkbox"/> podstawowe ISCED 1 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej) <input type="checkbox"/> gimnazjalne ISCED 2 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne ISCED 3 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej lub zasadniczej szkoły zawodowej) <input type="checkbox"/> policealne ISCED 4 (kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej, ale nieukończone studia wyższe. Każda szkoła po zdaniu matury) <input type="checkbox"/> wyższe krótkiego cyklu ISCED 5 (kształcenie ukończone na poziomie: studiów np. Nauczycielskie Kolegium Językowe, Kolegium Pracowników Służb Społecznych) <input type="checkbox"/> wyższe licencjackie ISCED 6 (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych licencjackich) <input type="checkbox"/> wyższe magisterskie ISCED 7 (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych magisterskich) <input type="checkbox"/> wyższe doktoranckie ISCED 8 (kształcenie ukończone na poziomie studiów wyższych doktoranckich)		
ADRES ZAMIESZKANIA			
Ulica ¹ :			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy ² :	
Gmina:		Powiat:	

¹ W przypadku braku ulicy należy wpisać miejscowość. W przypadku, gdy adres kontaktowy osoby objętej wsparciem w ramach projektu podlega pod kod pocztowy innego miasta, w polu Ulica wpisać po przecinku nazwę miejscowości, w której Uczestnik/-czka mieszka, a w polu „Miejscowość” należy podać nazwę miejscowości, w której znajduje się odpowiedni urząd oddawczy

² Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod którą podlega dana miejscowość.

Województwo			
Obszar zamieszkania	<input type="checkbox"/> miejski ³	<input type="checkbox"/> wiejski ⁴	
Telefon kontaktowy:			
Adres e-mail:			
ADRES KORESPONDENCYJNY (jeżeli adres korespondencyjny jest taki sam, jak adres zamieszkania, należy wpisać jw. lub myślunik)			
Ulica ⁵ :			
Nr domu:		Nr lokalu:	
Miejscowość:		Kod pocztowy ⁶ :	
Gmina:		Powiat:	
Województwo			
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne 		
	<input type="checkbox"/> osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu <input type="checkbox"/> osoba pracująca		
W tym (należy wypełnić jeżeli w statusie osoby na rynku pracy wybrano wartość osoba pracująca)	<input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji rządowej <input type="checkbox"/> osoba pracująca w administracji samorządowej <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba pracująca w MMŚP <input type="checkbox"/> osoba pracująca w organizacji pozarządowej <input type="checkbox"/> osoba prowadząca działalność na własny rachunek <input type="checkbox"/> osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie		

³ Za obszar miejski uznaje się lokalizację w granicach administracyjnych miasta.

⁴ Obszary wiejskie należy rozumieć zgodnie z definicją Głównego Urzędu Statystycznego, która opiera się na podziale jednostek administracyjnych zastosowanym w rejestrze TERYT. Według GUS, obszarami wiejskimi są tereny położone poza granicami administracyjnymi miast - obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko – wiejskiej. Wyodrębnienie części wiejskiej w ramach gminy miejsko – wiejskiej możliwe jest dzięki odrębnemu identyfikatorowi terytorialnemu.

⁵ W przypadku braku ulicy należy wpisać miejscowość. W przypadku, gdy adres kontaktowy osoby objętej wsparciem w ramach projektu podlega pod kod pocztowy innego miasta, w polu Ulica wpisać po przecinku nazwę miejscowości, w której Uczestnik/Uczestniczka mieszka, a w polu „Miejscowość” należy podać nazwę miejscowości, w której znajduje się odpowiedni urząd oddawczy

⁶ Jeżeli adres kontaktowy osoby objętej wsparciem nie posiada wyodrębnionego kodu pocztowego należy podać kod poczty, pod którą podlega dana miejscowość.

<p>Wykonywany zawód (należy wypełnić jeżeli w statusie osoby na rynku pracy wybrano wartość osoba pracująca)</p>	<input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia zawodowego <input type="checkbox"/> nauczyciel kształcenia ogólnego <input type="checkbox"/> nauczyciel wychowania przedszkolnego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji szkolnictwa wyższego <input type="checkbox"/> pracownik instytucji rynku pracy <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu ochrony zdrowia <input type="checkbox"/> rolnik <input type="checkbox"/> kluczowy pracownik instytucji pomocy i integracji społecznej <input type="checkbox"/> pracownik instytucji systemu wspierania rodziny i pieczy zastępczej <input type="checkbox"/> pracownik ośrodka wsparcia ekonomii społecznej <input type="checkbox"/> pracownik poradni psychologiczno - pedagogicznej <input type="checkbox"/> instruktor praktycznej nauki zawodu <input type="checkbox"/> inny
<p>Zatrudniony w:</p>	<p>..... </p>
<p>STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:</p>	
<p>Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ⁷
<p>Osoba bezdomna⁸ lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak
<p>Osoba z niepełnosprawnościami (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ⁷
<p>Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) (proszę zaznaczyć odpowiednie pole)</p>	<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji ⁷

⁷ Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych. Odmowa udzielenia informacji będzie skutkować brakiem możliwości udziału w projekcie.

⁸ Osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań. Bezdomność i wykluczenie mieszkaniowe definiowane są zgodnie z Europejską typologią bezdomności i wykluczenia mieszkaniowego ETHOS, w której wskazuje się okoliczności życia w bezdomności lub ekstremalne formy wykluczenia mieszkaniowego: 1. Bez dachu nad głową (osoby żyjące w surowych i alarmujących warunkach); 2. Bez miejsca za mieszkania (osoby przebywające w schroniskach dla bezdomnych, w schroniskach dla kobiet, schroniskach dla imigrantów, osoby opuszczające instytucje penitencjarne/karne/szpitalne, instytucje opiekuńcze, osoby otrzymujące długookresowe wsparcie z powodu bezdomności - specjalistyczne zakwaterowanie wspierane); 3. Niezabezpieczone zakwaterowanie (osoby posiadające niepewny najem z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą); 4. Nieodpowiednie warunki mieszkaniowe (konstrukcje tymczasowe, mieszkania substandardowe - lokale nienadające się do zamieszkania wg standardu krajowego, skrajne przeludnienie).

II. INFORMACJE O STATUSIE KANDYDATA NA DZIEŃ ZŁOŻENIA FORMULARZA REKRUTACYJNEGO (proszę zaznaczyć znakiem X w odpowiedniej kratce)

Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania zgodnie z Kodeksem Cywilnym to województwo podkarpackie, gmina Dukła	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą niesamodzielną, która ze względu na wiek, stan zdrowia lub niepełnosprawność potrzebuje opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004. o pomocy społecznej (Dz.U. z 2019 r. poz.1507) lub kwalifikującą się do objęcia wsparciem pomocy społecznej tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określone w art. 7 ustawy	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych ⁹
Oświadczam, że jestem osobą niepełnosprawną w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2019 r. poz.1172)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych ⁹
Oświadczam, że jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 2018 r. poz.1878)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych ⁹
Oświadczam, że jestem członkiem rodziny, w skład której wchodzi dziecko z niepełnosprawnością	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych ⁹
Oświadczam, że jestem osobą pozostającą w wspólnym gospodarstwie domowym, gdzie miesięczny dochód na osobę w rodzinie nie przekracza 150% kryterium dochodowego na osobę w rodzinie ustalonego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (jeśli dotyczy – zaświadczenie z MOPS w Dukli)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych ⁹
Oświadczam, że jestem osobą samotnie gospodarującą z miesięcznym dochodem poniżej 150 % kryterium dochodowego osoby samotnie gospodarującej ustalonego zgodnie z ustawą o pomocy społecznej (jeśli dotyczy – zaświadczenie z MOPS w Dukli)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania danych ⁹
Dodatkowe potrzeby związane z uczestnictwem w projekcie (jakie? ¹⁰)	<p>.....</p> <p>.....</p>
DODATKOWE INFORMACJE	
Oświadczam, że potrzebuję wsparcia w formie nieodpłatnej usługi dostarczenia i odbioru sprzętu do i z miejsca zamieszkania oraz nie posiadam własnego transportu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Oświadczam, że potrzebuję wsparcia w formie skorzystania z nauki obsługi i wykorzystania sprzętu	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

⁹ Kandydat/ka ma prawo odmowy podania danych. Odmowa udzielenia informacji będzie skutkować brakiem możliwości udziału w projekcie.

¹⁰ Dotyczy specjalnych potrzeb związanych z niepełnosprawnością, w celu zniwelowania barier odnoszących się do udziału w projekcie i skorzystania ze wsparcia.

Do Formularza Rekrutacyjnego załączam następujące dokumenty:

- Zaświadczenie lekarskie potwierdzające status osoby niezamodzielnej w rozumieniu skali Barthel oraz zaświadczenie lekarskie potwierdzające konieczność i okres korzystania z danego Sprzętu – załącznik nr 2.
- Oświadczenie o braku możliwości finansowania danego sprzętu ze środków publicznych – załącznik nr 3.
- Pełnomocnictwo - (w przypadku osób, które nie mogą same wypożyczyć sprzętu, a nie są całkowicie ubezwłasnowolnione).

Oświadczenia:

- Świadomy/a odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 kodeksu karnego przewidującego karę pozbawienia wolności do lat 8 za składanie fałszywych zeznań lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w Formularzu Rekrutacyjnym do udziału w projekcie są zgodne z prawdą. Przyjmuję do wiadomości, że przedłożenie nieprawdziwego oświadczenia/zaświadczenia lub podanie danych w Formularzu Rekrutacyjnym niezgodnych ze stanem faktycznym będzie skutkowało wykluczeniem z projektu „Sprzęt – dobre wsparcie” oraz zostanie potraktowane, jako próba wyłudzenia środków finansowych i będzie podlegać powiadomieniu właściwych organów ścigania.
- Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie oraz Regulaminu Wypożyczalni pn. „Sprzęt – dobre wsparcie” współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej VIII – Integracja społeczna, Działanie 8.3 – Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 (RPO WP 2014-2020). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu.
- Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie pn. „Sprzęt – dobre wsparcie” realizowanym w okresie 01.10.2019-31.12.2022 w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 Oś Priorytetowa VIII Integracja społeczna Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych przez Gminę Dukla/ Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
- Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana, że projekt jest finansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych.
- Oświadczam, że zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu.

- Oświadczam, że wyrażam dobrowolną zgodę na, przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez administratora danych - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla 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 do celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, monitoringu i ewaluacji projektu, a także w zakresie niezbędnym do wywiązania się Beneficjenta Projektu z obowiązków sprawozdawczych wobec Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie oraz na potrzeby rekrutacji oraz sprawozdawczości prowadzonej przez Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla. Moja zgoda obejmuje również przetwarzania danych w przyszłości, pod warunkiem, że nie zostanie zmieniony cel.

Informacja o przetwarzaniu danych

Administratorem Pani/a danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla, może Pani/Pan uzyskać informacje o przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej w Dukli, ul. Kościuszki 4, 38-450 Dukla, kontakt z inspektorem ochrony danych osobowych: iod@mops.dukla.pl. Dane będą przetwarzane w celu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Sprzęt – dobre wsparcie”.

.....
Data i czytelny podpis Kandydata