



Załącznik nr 1a do „Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernozia”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

w ramach projektu „Pomocna Dłoń – usługi społeczne dla mieszkańców Miasta i Gminy Kiernozia”.

**Potwierdzenie złożenia formularza rekrutacyjnego do udziału w projekcie
(wypełnia kadra projektu)**

**Data wpływu formularza
zgłoszeniowego**

Godzina

Numer rekrutacyjny

Potwierdzam weryfikację tożsamości/ wieku/obywatelstwa Kandydatki/Kandydata na podstawie przedstawionego dokumentu tożsamości

.....
podpis osoby przyjmującej formularz

I CZĘŚĆ – DANE KANDYDATKI/KANDYDATA (wypełnić czytelnie w języku polskim,
w miejscach wyboru zaznaczyć **X**)

I. PODSTAWOWE DANE OSOBOWE I KONTAKTOWE

Imię:

Nazwisko:

Płeć:
(zaznacz „X”)

☐ **Kobieta**
☐ **Mężczyzna**

Wiek (w chwili złożenia
formularza
zgłoszeniowego)

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia:

PESEL:

☐ Brak PESEL

Obywatelstwo:

Numer telefonu:





E-mail:			
II. MIEJSCE ZAMIESZKANIA			
Województwo:		Powiat:	
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica:		Numer budynku/lokalu:	
Kod pocztowy:		Pocшта:	
Kraj:			
III. ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jeśli jest inny niż miejsce zamieszkania):			
Województwo:		Powiat:	
Gmina:		Miejscowość:	
Ulica:		Numer budynku/lokalu:	
Kod pocztowy:		Pocшта:	
IV. WYKSZTAŁCENIE (należy zaznaczyć wyłącznie jeden, najwyższy stopień posiadanego wykształcenia)			
☐ średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0-2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)			
☐ ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną)			
☐ wyższe (ISCED 5-8) (osoby, które <u>ukończyły</u> studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)			
V. STATUS NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)			
OSOBA BEZROBOTNA W TYM:			
- osoba długotrwale bezrobotna (w okresie dłuższym niż 12 miesięcy)			





- inne		
OSOBA BIERNA ZAWODOWO, W TYM:		
- osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu		
- osoba ucząca się/odbywająca kształcenie		
- inne		
OSOBA PRACUJĄCA, W TYM:		
☐ osoba prowadząca działalność na własny rachunek	☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra zarządzająca)	
☐ osoba pracująca w administracji rządowej	☐ osoba pracująca na uczelni	
☐ osoba pracująca w administracji samorządowej [z wyłączeniem szkół i placówek systemu oświaty]	☐ osoba pracująca w instytucie naukowym	
☐ osoba pracująca w organizacji pozarządowej	☐ osoba pracująca w instytucie badawczym	
☐ osoba pracująca w MMŚP (w mikro, małym lub średnim przedsiębiorstwie)	☐ osoba pracująca w instytucie działającym w ramach Sieci Badawczej Łukasiewicz	
☐ osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie	☐ osoba pracująca w międzynarodowym instytucie naukowym	
☐ osoba pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą	☐ osoba pracująca dla federacji podmiotów systemu szkolnictwa wyższego i nauki	
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra pedagogiczna)	☐ osoba pracująca na rzecz państwowej osoby prawnej	
☐ osoba pracująca w szkole lub placówce systemu oświaty (kadra niepedagogiczna)	☐ Inne	
VI. INFORMACJE UZUPEŁNIAJĄCE DOT. KANDYDATKI/ KANDYDATA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (należy zaznaczyć właściwe pola „X”)		
1. Osoba z niepełnosprawnością	☐ TAK	☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
2. Obywatel państwa trzeciego	☐ TAK	☐ NIE
3. Osoba obcego pochodzenia	☐ TAK	☐ NIE





4. Osoba należąca do mniejszości, w tym społeczności marginalizowanych takich jak Romowie	☐ TAK	☐ NIE ☐ ODMOWA PODANIA INFORMACJI
5. Osoba w kryzysie bezdomności lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ TAK	☐ NIE

II CZĘŚĆ – KRYTERIA UDZIAŁU W PROJEKCIE

VII. KRYTERIA WARUNKUJĄCE UDZIAŁ W PROJEKCIE (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria. Aby zakwalifikować się do udziału w projekcie **MUSI** PANI/PAN SPEŁNIAĆ ŁĄCZNIE PONIŻSZE KRYTERIA WŁĄCZENIA)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że:

1. Jestem osobą zamieszkującą na obszarze Miasta i Gminy Kiernoza (weryfikowane na podstawie wystawionych na daną osobę i jej adres zamieszkania dokumentów zobowiązaniowych np. kserokopie decyzji w sprawie wymiaru podatku od nieruchomości, kopie rachunków lub faktur za media, ścieki, odpady komunalne lub inne równoważne dokumenty, np. umowa najmu, karta pobytu).	☐ TAK	☐ NIE
2. Jestem osobą sprawującą faktyczną, nieodpłatną opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (weryfikacja na podstawie wywiadu środowiskowego bądź oświadczenia).	☐ TAK	☐ NIE

VIII. KRYTERIA PREMIUJĄCE (Proszę zaznaczyć X jeśli Pani/Pan spełnia poniższe kryteria)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem:

Kobieta	
Osoba 50+	

III CZĘŚĆ – SZCZEGÓLNE POTRZEBY KANDYDATA/KANDYDATKI

(wypełniana wyłącznie w celu zapewnienia dostępności udziału w Projekcie, nie stanowi wniosku o przyznanie form wsparcia projektowego)





Czy potrzebuje Pan/Pani wsparcia w zakresie dostępności podczas udziału w Projekcie?

☐ Nie - nie potrzebuję dodatkowego wsparcia.

☐ Tak - proszę wskazać oczekiwane formy wsparcia poniżej:

.....

(np. pomoc w wypełnianiu dokumentów, kontakt telefoniczny zamiast pisemnego, materiały w większym druku, wsparcie osoby towarzyszącej, dostosowanie godzin).

IV. Wniosek Kandydata/cki o wybór formy wsparcia, z której chciałby skorzystać:

1.	Poradnictwo psychologiczne	☐
----	----------------------------	--------------------------

V. CZĘŚĆ – OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że:

1. sprawuję faktyczną, nieodpłatną opiekę nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, która została zakwalifikowana do udziału w projekcie, co potwierdzam Oświadczeniem o statusie opiekuna faktycznego – Załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie,
2. wszystkie dane i informacje w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym,
3. nie korzystam z tożsamego wsparcia psychologicznego w innym projekcie EFS+.
4. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuje się do ich stosowania,
5. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi informacje zgodnie z zakresem danych określonych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027 (tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).

.....

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis Kandydatki/Kandydata





Załącznik do formularza zgłoszeniowego * :

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie
2. Oświadczenie o statusie opiekuna faktycznego
3. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osobowych opiekunów faktycznych biorących udział w projekcie
4. Klauzula RODO Administratora
5. Inne

.....

.....

.....

.....

* Zaznaczyć właściwe

Pouczenie:

Składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej zgodnie z § 233 Kodeksu Karnego

VI. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
Płeć - kobieta (oświadczenie) - 3 pkt		
Osoba 50+ (oświadczenie) – 3 pkt		
Suma uzyskanych punktów		

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis Specjalisty
ds. rekrutacji i promocji

