



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

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:



Miasto i Gmina Kiernozia/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





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 Kiernozia (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 potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (weryfikacja na podstawie orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub innego równoznacznego dokumentu potwierdzającego stan zdrowia, zaświadczenia wydanego przez lekarza, wywiad środowiskowy lub inny dokument wewnętrzny ośrodka pomocy, ocena funkcjonowania codziennego wg skali Barthel przeprowadzona przez diagnostę w przychodni POZ lub inną osobę upoważnioną do wystawienia dokumentu).	☐ TAK	☐ NIE

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

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że jestem:

Osobą 80 +	
Kobieta	





Osobą o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności (należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź inny równoznaczny dokument potwierdzających stan zdrowia)	
Osobą z niepełnosprawnością sprzężoną (należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź inny równoznaczny dokument potwierdzających stan zdrowia)	
Osobą z niepełnosprawnością intelektualną (należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź inny równoznaczny dokument potwierdzających stan zdrowia)	
Osobą z chorobami psychicznymi (należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź zaświadczenie lekarskie)	
Osobą z całościowymi zaburzeniami rozwoju rozumianymi zgodnie z ICD10 (należy przedłożyć orzeczenie o stopniu niepełnosprawności bądź zaświadczenie lekarskie)	
Osobą korzystającą z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (należy przedłożyć zaświadczenie-z ośrodka pomocy społecznej)	
Osobą samotnie zamieszkującą	

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 CZĘŚĆ - Wniosek Kandydata/teki o wybór podstawowej formy wsparcia, z której chciałby skorzystać (proszę wybrać jedną):





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



1.	Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	☐
2.	Specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania	☐

V CZĘŚĆ - Wniosek Kandydata/teki o objęcie dodatkową formą wsparcia, z której chciałby skorzystać:

1.	Teleopieka	☐
2.	Przygotowywanie i dowożenie posiłków (posiłki)	☐

VI CZĘŚĆ – INFORMACJE O OPIEKUNIE FAKTYCZNYM (należy wypełnić, jeśli posiada Pani/Pan opiekuna faktycznego)

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że moim opiekunem faktycznym jest Pani/
Pan:

.....
której/ którego oświadczenie załączam do niniejszego formularza.

VII CZĘŚĆ – OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UDZIAŁU W PROJEKCIE

Ja niżej podpisana/ podpisany oświadczam, że:

1. wszystkie dane i informacje w formularzu są zgodne ze stanem faktycznym,
2. nie korzystam z tego samego typu wsparcia z EFS+,
3. zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji i udziału w Projekcie oraz z pozostałymi dokumentami dotyczącymi Projektu, akceptuję wszystkie postanowienia i zobowiązuję się do ich stosowania,
4. w terminie 4 tygodni po zakończeniu udziału w projekcie prześlę Beneficjentowi informacje zgodnie z zakresem danych określonych w Wytocznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów na lata 2021-2027 (tzw. wspólne wskaźniki rezultatu bezpośredniego).

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis Kandydatki/ Kandydata



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi





Załącznik do formularza zgłoszeniowego * :

1. Deklaracja uczestnictwa w projekcie
2. Oświadczenie o statusie opiekuna faktycznego (jeśli dotyczy)
3. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub o niepełnosprawności (jeśli dotyczy)
4. Zaświadczenie lekarskie (jeśli dotyczy)
5. Zaświadczenie-z ośrodka pomocy społecznej o korzystaniu z FE PŻ (jeśli dotyczy)
6. Klauzula informacyjna w związku z przetwarzaniem danych osób biorących udział w projekcie
7. Klauzula RODO Administratora
8. Pełnomocnictwo projektowe (jeśli dotyczy)
9. Ocena funkcjonowania wg skali Barthel (jeśli dotyczy)
10. Inne

.....

.....

.....

.....

* Zaznaczyć właściwe

Pouczenie:

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

VIII. Określenie kryteriów premiujących Kandydata (wypełnia personel projektu)

Nazwa kryterium premiującego	TAK	NIE
Znaczny bądź umiarkowany stopień niepełnosprawności (orzeczenie) – 10 pkt		
Niepełnosprawność sprzężona (orzeczenie) – 10 pkt		
Niepełnosprawność intelektualna (orzeczenie)- 10 pkt		
Choroby psychiczne (orzeczenie/zaświadczenie) - 10 pkt		
Całościowe zaburzenia rozwojowe zgodnie z ICD10 (orzeczenie/zaświadczenie) – 10 pkt		





Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samotne zamieszkiwanie (oświadczenie) – 10 pkt		
Korzystanie z programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową (zaświadczenie) – 10 pkt		
Płeć - kobieta (oświadczenie) - 3 pkt		
Osoba 80+ (oświadczenie) – 3 pkt		
Suma uzyskanych punktów		

.....
Miejscowość, data

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



Miasto i Gmina Kiernoza/
Miejsko – Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
w Kiernozi

