

NAZWA PROJEKTODAWCY

OŚRODEK WSPIERANIA INICJATYW SPOŁECZNYCH

FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU

„U siebie 2.0 – usługi społeczne dla mieszkank i mieszkańców Jaworzna”

Nr projektu: FESL.07.04-IZ.01-0590/23

DANE PODSTAWOWE (PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)			
Imię/Imiona			
Nazwisko			
PESEL			
Obywatelstwo			
Wiek			
Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna		
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> uczestnictwo z własnej inicjatywy		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> brak (<i>brak formalnego wykształcenia – ISCED 0</i>) <input type="checkbox"/> podstawowe (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej – ISCED 1</i>) <input type="checkbox"/> gimnazjalne (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej – ISCED 2</i>) <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne (<i>liceum, technikum, szkoła zawodowa – ISCED 3</i>) <input type="checkbox"/> policealne (<i>kształcenie ukończone na poziomie szkoły policealnej – ISCED 4</i>) <input type="checkbox"/> wyższe (<i>pełne i zakończone – licencjat lub magisterium – ISCED 5-8</i>)		
DANE KONTAKTOWE			
Kraj	POLSKA		
Województwo	ŚLĄSKIE		
Powiat	JAWORZNO		
Gmina	JAWORZNO		
Miejscowość	JAWORZNO	Kod pocztowy	43-600
Ulica			
Numer budynku		Numer lokalu	
Telefon kontaktowy			
Adres e-mail			
Kwalifikacja do obszaru wg stopnia urbanizacji			<input checked="" type="checkbox"/> DEGURBA 1 <input type="checkbox"/> DEGURBA 2 <input type="checkbox"/> DEGURBA 3

Status uczestnika/ki na rynku pracy w chwili przystępowania do projektu	
Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
w tym	<input type="checkbox"/> osoba niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <input type="checkbox"/> osoba zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy <i>(Należy załączyć aktualne zaświadczenie z PUP)</i> <input type="checkbox"/> osoba długotrwale bezrobotna (w przypadku osób poniżej 25 roku życia – są osoby bezrobotne nieprzerwanie przez okres ponad 6 miesięcy, a w przypadku osób powyżej 25 roku życia – nieprzerwanie przez okres ponad 12 miesięcy)
Osoba bierna zawodowo*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <i>* Osoby bierne zawodowo to osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne).</i>
w tym	<input type="checkbox"/> osoba ucząca się <input type="checkbox"/> inne <input type="checkbox"/> osoba nie uczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu
osoba na rencie/emeryturze	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba pracująca	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Status uczestnika/ki w chwili przystępowania do projektu	
Osoba mieszkająca samotnie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba pochodząca z kraju trzeciego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMAWIAM ODPOWIEDZI
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań, w tym m.in. przebywające w schroniskach, noclegowniach, mające niepewny najem	<input type="checkbox"/> TAK

<p>z nakazem eksmisji, osoby zagrożone przemocą, zamieszkujące w warunkach substandardowych (spowodowanych niskim stanem technicznym budynku, niedostatecznym wyposażeniem mieszkania w instalacje oraz nadmiernym zaludnieniem mieszkania)</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Osoba z niepełnosprawnościami</p> <p>Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i 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, tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.</p> <p>Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lekkim, umiarkowanym i znacznym, <input type="checkbox"/> orzeczenie o niezdolności do pracy, <input type="checkbox"/> inne równoważne orzeczenia (KRUS, służby mundurowe itd.). <p>Dokument potwierdzający niepełnosprawność należy załączyć do Formularza rekrutacyjnego.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Osoba korzystająca z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2021-2027 <i>(Należy załączyć odpowiednie zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej)</i></p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<p>Jestem osobą z niepełnosprawnością lub osobą niesamodzielną, której dochód nie przekracza 200% właściwego kryterium dochodowego (tj. na osobę samotnie gospodarującą – 1 552 zł lub na osobę w rodzinie – 1 200 zł), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK należy załączyć dokument potwierdzający dochód.</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Formy wsparcia	
Z jakich form wsparcia zamierza Pani/Pan skorzystać (proszę zaznaczyć właściwe X)	
Usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania *	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Obiady (w przypadku wskazania usług opiekuńczych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Sąsiedzkie usługi opiekuńcze*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Usługi asystenckie w środowisku dla niepełnosprawnych osób niesamodzielných **	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Usługi opiekuńcze, sąsiedzkie usługi opiekuńcze, usługi asystenckie są **odpłatne** w wysokości 3,00 zł/godzinę natomiast obiady 6,00 zł/obiad w przypadku przekroczenia 200% właściwego

kryterium dochodowego (tj. na osobę samotnie gospodarującą – 1 552 zł lub na osobę w rodzinie – 1 200 zł), o którym mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. W przypadku nieprzekroczenia ww. kryterium usługi są bezpłatne.

DOTYCHCZAS OTRZYMYWANA POMOC:

1. Czy korzystał(a) Pan(i) z innych form wsparcia? **Tak** / **Nie**
2. Jeśli tak, to proszę wskazać z jakich i przez kogo realizowanych:

.....
.....
.....

Pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że wszystkie podane wyżej informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

Jaworzno,

Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata/ki do projektu

lub Opiekuna prawnego***

OŚWIADCZENIE OSOBY KANDYDUJĄCEJ DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

„U siebie 2.0 – usługi społeczne dla mieszkank i mieszkańców Jaworzna”

Nr projektu: FESL.07.04-IZ.01-0590/23

1. Zostałem poinformowany/a o celach i założeniach projektu oraz zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu i wynikających z niego zasadach uczestnictwa oraz prawami i obowiązkami uczestnika/czki projektu w nim zawartymi.
2. Spełniam warunki kwalifikujące mnie do uczestnictwa w projekcie.
3. Nie korzystam z takich samych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +.
4. Oświadczam, że zostałem/m poinformowany/a , że projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego +.
5. Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku w celu udokumentowania prowadzonych w ramach Projektu form wsparcia.
6. Zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Do formularza rekrutacyjnego załączam:

- Oświadczenie RODO
- Karta oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel

- Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub dokument równoważny
- Upoważnienie/pełnomocnictwo opiekuna prawnego
- Zaświadczenie z Ośrodka Pomocy Społecznej o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2021-2027

Jaworzno,

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis kandydata/ki do projektu

lub Opiekuna prawnego***

.....
Data i godzina wpływu do Projektodawcy
oraz podpis osoby przyjmującej

* W przypadku zgłoszenia do wsparcia w formie usług opiekuńczych lub sąsiedzkich do Formularza rekrutacyjnego należy załączyć „kartę oceny stanu pacjenta wg zmodyfikowanej skali Barthel” (Załącznik nr 4 do Regulamin Projektu) wypełnioną przez lekarza lub pielęgniarkę.

** W przypadku zgłoszenia do wsparcia w formie usług asystenckich należy załączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności

***W przypadku gdy Formularz podpisuje opiekun prawny należy załączyć kserokopię dokumentu notarialnego lub wyrok sądu