

Załącznik nr 1 do Regulaminu

INZ.....
(Indywidualny numer zgłoszeniowy - wypełnia Realizator)

FORMULARZ REKRUTACYJNY KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

pn. "Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze"

Nr wniosku: RPPK.08.03.00-18-0041/20

realizowanego 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

I. DANE KANDYDATA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE.

KANDYDAT	
1	Imię i nazwisko
2	Nr PESEL
3	Płeć <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu
5	Wykształcenie <input type="checkbox"/> Niższe niż podstawowe <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> policealne <input type="checkbox"/> wyższe
6	Dane kontaktowe
	Województwo:
	Powiat:
	Gmina:
	Miejscowość:
	Ulica:
Nr budynku:	
Nr lokalu:	
Kod pocztowy:	
Telefon kontaktowy:	
Adres email:	

7	Adres zamieszkania:	
8	Jestem niepełnosprawny należy dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
9	Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności:	kontakt w języki migowym <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE Inne, jakie?.....
10	Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrantem, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
11	Jestem osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
12	Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (niż wymienione powyżej w pkt. 8-11)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
13	a) w moim miejscu zamieszkania stale dostępny jest sygnał telefonii komórkowej,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	b) nie ma żadnych innych przeszkód technicznych, które uniemożliwiałyby lub utrudniałyby świadczenie usług teleopiekuńczych,	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	c) nie ma żadnych przeciwwskazań medycznych do korzystania przeze mnie z usług teleopiekuńczych.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

II. INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW FORMALNYCH KANDYDATA DO UDZIAŁU WPROJEKCIE

Imię i Nazwisko kandydata:.....

CZĘŚĆ A		
Lp.	KRYTERIA FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE (wypełnia Kandydat)	OCENA (wypełnia Realizator)
1.	Miejsce zamieszkania kandydata na terenie Gminy Brzozów <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Wiek powyżej 60 lat <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Status osoby niesamodzielnej, tj. osoby która ze względu na stan zdrowia/niepełnosprawność wymaga 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
SPEŁNIANIE KRYTERIÓW FORMALNYCH PRZEZ KANDYDATA		<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Uwaga: w przypadku niespełniania, chociaż jednego z kryteriów formalnych przez kandydata, Formularz rekrutacyjny nie podlega dalszej oceni

III. INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW DODATKOWYCH

CZĘŚĆ B		
Lp.	KRYTERIA DODATKOWE (wypełnia Kandydat)	OCENA (wypełnia Realizator)
1	Czy Pana/ Pani dochody nie przekraczają 150% kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o ustawę o pomocy społecznej	TAK – 10punktów NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2	Czy doświadcza Pan/Pani wielokrotnego wykluczenia społecznego rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020	TAK – 2 punktów NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3	Czy posiada Pan/Pani orzeczenie o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności?	TAK – 2 punktów NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4	Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą niepełnosprawność sprzężoną	TAK – 2 punkty NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5	Czy jest Pan/Pani osobą posiadającą zaburzenia psychiczne, w tym niepełnosprawność intelektualną i/lub całościowe zaburzenia rozwojowe?	TAK – 2 punktów NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
6	Czy korzysta Pan/Pani z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 (dalej POPŻ), a zakres wsparcia w ramach niniejszego projektu nie będzie powielał działań, które Pan/Pani otrzymuje z POPŻ w ramach działań towarzyszących, o których mowa w POPŻ?	TAK – 2 punkt NIE – 0 punktów
	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
SUMA PUNKTÓW		
PODSUMOWANIE UZYSKANEJ PUNKTACJI (wypełnia Realizator)		

IV. INFORMACJA O SPEŁNIANIU KRYTERIÓW- WYBÓR KANDYDATA DO OBJĘCIA WSPARCIEM TELEOPIEKI

CZĘŚĆ C	
KRYTERIA FORMALNE UDZIAŁU W PROJEKCIE (wypełnia Kandydat)	OCENA (wypełnia Realizator)
<p>Czy posiada Pan/Pani schorzenia o charakterze nieprzewidywalnym, które wymagają stałej czujności osoby i reagowania na zmieniające się parametry takie jak:</p> <p>a) cukrzyca, b) choroby układu krążenia, c) zaburzona mobilność, d) choroby które objawiają się problemami z pamięcią i mogą powodować niekontrolowane oddalenie się z miejsca zamieszkania (demencja, choroba Alzheimera, choroby psychiczne), e) inne.....</p> <p style="text-align: center;"><i>podać jakie</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>(0-10 pkt)</p> <p>.....</p>
<p>Czy posiada Pan/Pani trudną sytuację bytową np.</p> <p>a) jest Pan/Pani osobą samotnie mieszkającą, b) jest Pan/Pani osobą niemającą stałego kontaktu z rodziną, c) jest Pan/Pani osobą mieszkającą w miejscu oddalonym od sąsiadów, d) jest Pan/Pani osobą mieszkającą z osobami również wymagającymi opieki (choroby współmieszkańców), będących pod opieką osób, które długotrwale opuszczają dom w związku z pracą zawodową, e) inne.....</p> <p style="text-align: center;"><i>podać jakie</i></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>	<p>(0-5 pkt=</p> <p>.....</p>

V. OŚWIADCZENIE KANDYDATA

Ja niżej podpisany/a.....

(imię i nazwisko)

legitymujący/a się dowodem osobistym seria /nr.....

numer PESEL.....

oświadczam, że:

- zamieszkuje na terenie Gminy Brzozów
- jestem osobą niesamodzielną,
- ukończyłam/em 60 rok życia,
- doświadczam wielokrotnego wykluczenia społecznego, rozumianego jako wykluczenie z powodu więcej niż jednej z przesłanek, o których mowa w rozdziale 3 pkt 15 Wytycznych w zakresie zasad realizacji przedsięwzięć w obszarze włączenia społecznego i zwalczania ubóstwa z wykorzystaniem środków Europejskiego Funduszu Społecznego i Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego na lata 2014-2020, tj. :
 - a) osoby lub rodziny korzystające ze świadczeń z pomocy społecznej zgodnie z ustawą z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej, tj. spełniające co najmniej jedną z przesłanek określonych w art. 7 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej,
 - b) osoby, o których mowa w art. 1 ust. 2 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003r.o zatrudnieniu socjalnym,
 - c) osoby z niepełnosprawnością – osoby niepełnosprawne w rozumieniu Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tj. Dz. U. z 2019 poz. 1172 z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, w rozumieniu Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 z późn. zm.), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia;
 - d) członkowie gospodarstw domowych – sprawujący opiekę nad osobą z niepełnosprawnością, o ile co najmniej jeden z nich nie pracuje ze względu na konieczność sprawowania opieki nad osobą z niepełnosprawnością,
 - e) osoby potrzebujące wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
 - f) osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań –w rozumieniu Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020,
 - g) osoby odbywające kary pozbawienia wolności,
 - h) osoby korzystające z PO PŻ,
- znajduję się w niekorzystnej sytuacji finansowej, mój dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej,
- mój dochód przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej i wynosi
- posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn.zm.) w zakresie niepełnosprawności sprzężonej oraz zaburzeń psychicznych, w tym niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowych zaburzenia rozwojowych,

- jestem osobą samotną, czyli osobą samotnie gospodarującą, nie pozostającą w związku małżeńskim i nie posiadającą wstępnych ani zstępnych;
- jestem osobą samotnie gospodarującą czyli osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe;
- jestem osobą w rodzinie, gdzie rodzina nie może z uzasadnionej przyczyny, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości, zapewnić odpowiedniej pomocy.
- jestem osobą korzystającą z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020,
- zapoznałam/łem się z zapisami Regulaminu uczestnictwa w projekcie, które akceptuję i w przypadku zakwalifikowania do Projektu deklaruję ich przestrzeganie, jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu i zobowiązuję się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu,
- zostałam/łem poinformowana/ny, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- w przypadku zakwalifikowania mnie do udziału w Projekcie zobowiązuje się do podpisania umowy uczestnictwa w projekcie (przed otrzymanym wsparciem) i deklaracji uczestnictwa w Projekcie oraz oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych (obydwa dokumenty podpisuje się w pierwszym dniu otrzymanego wsparcia).

Gromadzenie i przetwarzania danych osobowych:

Wyrażam dobrowolną zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.), do celów związanych z rekrutacją i monitoringiem projektu pn: „Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze” nr RPPK.08.03.00-18-0041/20, realizowanego 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, Wojewódzkiego Urzędu Pracy w Rzeszowie z siedzibą ul. Naruszewicza 11, 35-055 Rzeszów i innych instytucji, odpowiedzialnych za realizację/nadzór/kontrolę/monitoring programów w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020;

- a) oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/ny o prawie dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania;
- b) oświadczam, że zostałam/zostałam poinformowana/poinformowany, 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;
- c) oświadczam, że zostałam/am poinformowany/-a o przyjętych kryteriach kwalifikacyjnych do udziału w projekcie pt. „Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze” nr wniosku: RPPK.08.03.00-18-0041/20 realizowanym w okresie od 01.04.2021r. do 31.05.2023r. w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podkarpackiego na lata 2014-2020 przez Gminę Brzozów, Oś priorytetowa VIII. Integracja Społeczna, Działanie 8.3 Zwiększenie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych i wyrażam zgodę na mój udział w postępowaniu rekrutacyjnym;
- d) oświadczam, że zapoznałam/am się i akceptuję oraz zobowiązuję się do przestrzegania postanowień Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. „Bezpiecznie we własnym domu-usługi sąsiedzkie i teleopiekuńcze” 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). Zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania Beneficjenta projektu – Gminę Brzozów o zmianach danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym (dane uczestnika/czki, dane kontaktowe, status). Jednocześnie przyjmuję do wiadomości możliwość zmiany Regulaminu, o którym mowa i zobowiązuje się każdorazowo do zapoznania się ze zmianami w wyżej wymienionym dokumencie w całym okresie realizacji Projektu;

- e) oświadczam, że zobowiązuje się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu, w tym również po zakończeniu projektu;

Uprzedzona/y o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu rekrutacyjnym są zgodne z prawdą.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata/tki

VI. POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA DOKUMENTÓW (wypełnia pracownik Realizatora)

Data i godzina złożenia dokumentów kandydata / kandydatki:

Data:.....

Godzina:.....

.....
Podpis pracownika

VII. Wymagane dokumenty składane wraz z Formularzem rekrutacyjnym

Kryterium	Dokumenty potwierdzające
Status osoby niesamodzielnej	<p><u>Załączniki:</u> zaświadczenie od lekarza rodzinnego o posiadaniu statusu osoby niesamodzielnej tzn. takiej, która ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymaga opieki lub wsparcia w związku z niemożliwością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (takich jak np.: robienie zakupów, przygotowanie i spożywanie posiłków, utrzymanie higieny osobistej, sprząatanie i prowadzenie mieszkania, poruszanie się, wychodzenie z domu) załącznik nr 1 do Formularza rekrutacyjnego.</p>
Niepełnosprawność	<p><u>Załącznik:</u> orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenie równoważne w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.</p>

VIII. OKAZANE PRZEZ KANDYDATA DOKUMENTY POTWIERDZAJĄCE SPEŁNIANIE KRYTERIÓW FORMALNYCH I DODATKOWYCH (WYPEŁNIA REALIZATOR):

- Oświadczenie o zamieszkaniu na terenie Gminy Brzozów;
- Oświadczenie uczestnika dotyczące wieku;
- Zaświadczenie lekarskie o niesamodzielności (Załącznik nr 2 do Regulaminu);
- Oświadczenie uczestnika o doświadczeniu zagrożenia ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, doświadczeniu wielokrotnego wykluczenia społecznego;
- Oświadczenie o znajdowaniu się w niekorzystnej sytuacji finansowej osoby z niepełnosprawnościami i osoby niesamodzielne, której dochód nie przekracza 150% właściwego kryterium dochodowego (na osobę samotnie gospodarującą lub na osobę w rodzinie), o których mowa w ustawie z dn. 12.03.2004 r. o pomocy społecznej;
- Oświadczenie dotyczące posiadania orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn.zm.);
- Posiadanie orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub orzeczenia równoważnego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1172 z późn.zm.) w zakresie niepełnosprawności sprzężonej oraz zaburzeń psychicznych, w tym niepełnosprawności intelektualnej oraz całościowych zaburzenia rozwojowych;
- Oświadczenie o byciu osobą samotną czyli osobą samotnie gospodarującą, nie pozostającą w związku małżeńskim i nie posiadającą wstępnych ani zstępnych;
- Oświadczenie o byciu osobą samotnie gospodarującą czyli osobą prowadzącą jednoosobowe gospodarstwo domowe;
- Oświadczenie o byciu osobą w rodzinie, gdzie rodzina nie może z uzasadnionej przyczyny, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości, zapewnić odpowiedniej pomocy.
- Oświadczenie o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020;
- Inne.....

Data:

.....
Podpis pracownika

I. DECYZJA REKRUTACYJNA	
KANDYDAT/KA ZAKWALIFIKOWANY/A DO UDZIAŁU W PROJEKCIE	
TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
UZASADNIENIE	

Osoba oceniająca	Osoba oceniająca
Data:	Data:
Podpis:	Podpis:

Deklaracja bezstronności i poufności	
Oświadczam, że	
<p>1. Nie pozostaję w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa (w linii prostej lub bocznej do II stopnia) z ocenianym Kandydatem/ką do projektu oraz nie jestem związany/a z tytułu przysposobienia, opieki lub kurateli z ocenianym Kandydatem/ką do projektu.</p> <p>2. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.</p> <p>3. Zobowiązuję się wypełniać swoje obowiązki w sposób bezstronny, sumienny, uczciwy i sprawiedliwy, zgodnie z posiadaną wiedzą.</p> <p>4. Zachowam w tajemnicy wszystkie informacje i dokumenty udostępnione mi lub wytworzone przeze mnie lub przygotowane przeze mnie w trakcie lub jako rezultat oceny i zgadzam się, że informacje te powinny być użyte tylko dla celów niniejszej oceny i nie powinny być ujawnione. Zobowiązuję się również nie zatrzymywać kopii jakichkolwiek pisemnych informacji związanych z niniejszą oceną.</p>	
Osoba oceniająca	Osoba oceniająca
Data:	Data:
Podpis:	Podpis: