



Projekt „**Podaj dobro dalej**” realizowany przez Fundację Bez Barrier w partnerstwie z LOOTUS Joanna Jędrzejowska w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Priorytetu 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, Działanie FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej na podstawie Umowy o dofinansowanie nr FEPK.07.18-IP.01-0022/23-00 zawartej z Wojewódzkim Urzędem Pracy w Rzeszowie.

Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ REKRUTACYJNY¹

Przed wypełnieniem formularza rekrutacyjnego prosimy o zapoznanie się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Podaj dobro dalej”.

Poniższe pola wypełnia personel projektu	
Indywidualny Numer Zgłoszenia	
Data, godzina przyjęcia formularza	
Forma złożenia formularza	
Podpis osoby przyjmującej formularz	

1. Dane osobowe Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę Projektu.

Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
Płeć	☐ Kobieta	☐ Mężczyzna	
MIEJSCE I ADRES ZAMIESZKANIA²			
Miejscowość		Nr budynku	

¹ Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny, elektronicznie lub odręcznie, bez skreśleń. W przypadku pól do wyboru należy zaznaczyć odpowiednie kratki znakiem „X”. Każdy punkt formularza musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy proszę wpisać odpowiednio „nie dotyczy” lub wstawić kreskę.

² Zgodnie z brzmieniem rozdziału II art. 25 Kodeksu Cywilnego, miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.



Ulica		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	
Gmina		Powiat	
Województwo			
Obszar wiejski ☐		Obszar miejski ☐	
DANE KONTAKTOWE			
Tel. kontaktowy			
E-mail			

2. Oświadczenia

I. Oświadczam , że jestem osobą potrzebującą opieki lub wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w związku z niemożnością wykonywania przeze mnie co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego (jeśli TAK – należy załączyć zaświadczenie lekarskie stanowiące załącznik nr 1 do niniejszego Formularza)	☐ Tak
	☐ Nie
II. Oświadczam , że moje miejsce zamieszkania (w rozumieniu Kodeksu Cywilnego) znajduje się na terenie powiatu mieleckiego, województwa podkarpackiego	☐ Tak
	☐ Nie
III. Oświadczam , że na dzień złożenia dokumentów rekrutacyjnych nie korzystam i nie korzystałem/am z usług tożsamych do realizowanych w Projekcie tj. usług opiekuńczych lub specjalistycznych usług opiekuńczych (Jeśli TAK - należy załączyć oświadczenie stanowiące załącznik nr 2 do niniejszego Formularza)	☐ Tak
	☐ Nie



IV. Oświadczam że jestem osobą, która jest osobą samotną, pozbawioną wsparcia w codziennym funkcjonowaniu mimo wykorzystania własnych uprawnień, zasobów i możliwości lub osoba samotnie gospodarująca, gdy wspólnie niezamieszkujący małżonek, wstępni, zstępni nie mogą zapewnić takiego wsparcia wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości lub osobą w rodzinie, gdy rodzina nie może, z uzasadnionej przyczyny, zapewnić takiego wsparcia, wykorzystując swe uprawnienia, zasoby i możliwości. (Jeśli TAK - należy załączyć oświadczenie stanowiące załącznik nr 3 do niniejszego Formularza) – jeśli dotyczy	☐ Tak
	☐ Nie

Informacje związane z kryteriami premiującymi, o których mowa w § 3 ust. 2 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

3. Informacje dotyczące niepełnosprawności.

Oświadczam, że: ☐ Nie jestem osobą z niepełnosprawnościami ☐ Jestem osobą z niepełnosprawnościami (w przypadku wybrania tej odpowiedzi, należy dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności³)

³ Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest orzeczenie wymienione w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.) lub w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi orzeczenie lub zaświadczenie lekarskie.



Jakie usługi dostępnościowe musimy zapewnić, żeby Pan/Pani czuł/a się komfortowo? (wypełnia wyłącznie osoba z niepełnosprawnościami):

- ☐ tłumacz polskiego języka migowego,
- ☐ pokój dostosowany do potrzeb osób z niepełnosprawnościami,
- ☐ nie potrzebuję usług dostępnościowych,
- ☐ inne (jakie?).....

4. Dodatkowe informacje dotyczące Kandydata / Kandydatki do udziału w projekcie.

Jestem osobą z zaburzeniami psychicznymi

☐ Tak

(jeśli tak, należy dołączyć kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub zaświadczenie lekarskie)

☐ Nie

Jestem osobą korzystającą z programu FE PŻ (Fundusze Europejskie Pomoc Żywnościowa)

☐ Tak

(jeśli tak, należy dołączyć kopię zaświadczenia z MOPS lub GOPS)

☐ Nie

Jestem osobą zamieszkującą samotnie

☐ Tak

(jeśli tak, należy złączyć Oświadczenie stanowiące załącznik nr 4 do niniejszego Formularza)

☐ Nie



Oświadczam, że w ramach projektu jestem zainteresowany/a (należy wybrać jedną opcję z poniższych):

☐ **Usługami opiekuńczymi**

(usługi opiekuńcze mogą obejmować np.: pomoc w zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiekę higieniczną, pielęgnację zaleconą przez lekarza, która obejmuje czynności pielęgnacyjne wynikające z przedłożonego zaświadczenia lekarskiego lub dokumentacji medycznej, uzupełniające w stosunku do pielęgniarstwa opieki środowiskowej, zapewnienie kontaktów z otoczeniem)

☐ **Specjalistycznymi usługami opiekuńczymi**

(specjalistyczne usługi opiekuńcze, obok usług opiekuńczych wskazanych powyżej – mogą obejmować np.: pielęgnację jako wspieranie procesu leczenia (w tym: pomoc w dostępie do świadczeń zdrowotnych, uzgadnianie i pilnowanie terminów wizyt lekarskich, badań diagnostycznych, pomoc w wykupywaniu lub zamawianiu leków w aptece, pilnowanie przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania, w szczególnie uzasadnionych przypadkach zmianę opatrunków, pomoc w użyciu środków pomocniczych i materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych, a także w utrzymaniu higieny, pomoc w dotarciu do placówek służby zdrowia, pomoc w dotarciu do placówek rehabilitacyjnych), rehabilitację fizyczną i usprawnianie zaburzonych funkcji organizmu w zakresie nieobjętym przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.



☐ **Wypożyczeniem sprzętu rehabilitacyjnego, wspomagającego, pielęgnacyjnego** (w przypadku chęci skorzystania z dodatkowego wsparcia w postaci wypożyczenia sprzętu należy złożyć dodatkowe dokumenty zgodnie z § 4 pkt. 6 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

Zaznaczenie powyższych opcji ma jedynie charakter informacyjny. Ostateczna forma wsparcia (usługi opiekuńcze lub specjalistyczne usługi opiekuńcze) określona i przyznana zostanie zgodnie z przeprowadzoną oceną/diagnozą po zakwalifikowaniu Kandydata/ki do udziału w Projekcie.

Krótki opis sytuacji Kandydata/ki (osoby potrzebującej wsparcia w codziennym funkcjonowaniu)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



.....

Data wypełnienia Formularza

Czytelny podpis Kandydata/ki

Opiekuna prawnego/Opiekuna faktycznego⁴

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, niniejszym oświadczam, że **dane podane przeze mnie** w niniejszym formularzu rekrutacyjnym, w tym wszystkie złożone w nim oświadczenia oraz załączone do niniejszego Formularza oświadczenia i inne dokumenty (jeżeli dotyczy) **są zgodne z prawdą**.

.....

Data wypełnienia Formularza

.....

Czytelny podpis Kandydata/ki

Opiekuna prawnego/Opiekuna faktycznego

⁴ Podpisanie Formularza przez Opiekuna faktycznego Kandydata/ki jest możliwe, tylko w przypadku, gdy stan zdrowia Kandydata/ki nie pozwala na złożenie podpisu lub na świadome zgłoszenie do Projektu i zostanie to potwierdzone odpowiednim dokumentem (zaświadczenie lekarskie) a nie ma on/ona Opiekuna prawnego.



OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że:

- a) Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie oraz dokumentacją projektową i zobowiązuję się do przestrzegania ich zapisów.
- b) Zapoznałem/am się z kryteriami kwalifikacji do udziału w Projekcie oraz z zasadami rekrutacji i udziału w Projekcie pn. „Podaj dobro dalej” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie. Akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu.
- c) Przyjmuję do wiadomości, że podane przeze mnie informacje mogą zostać zweryfikowane przez Beneficjenta pod względem ich zgodności z prawdą i stanem faktycznym.
- d) Akceptuję fakt, że złożenie przeze mnie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do Projektu.
- e) Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Beneficjenta o zmianie jakichkolwiek danych i okoliczności mających wpływ na treść oświadczeń podanych w złożonych przeze mnie dokumentach rekrutacyjnych, w tym danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu rekrutacyjnym.
- f) Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji związanych z Projektem drogą telefoniczną i/lub elektroniczną (e-mail).
- g) Zostałem/am poinformowany/ a, że Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Podkarpacia 2021-2027 współfinansowanego z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w ramach Priorytetu 7 FEPK.07 Kapitał ludzki gotowy do zmian, Działanie FEPK.07.18 Usługi społeczne i zdrowotne świadczone w społeczności lokalnej



.....

Data wypełnienia Formularza

.....

Czytelny podpis Kandydata/ki

Opiekuna prawnego/Opiekuna faktycznego

Załącznik do formularza rekrutacyjnego:

- 1) **Załącznik nr 1** Zaświadczenie lekarskie;
- 2) **Załącznik nr 2** Oświadczenie o niekorzystaniu z usług tożsamych do realizowanych w Projekcie;
- 3) **Załącznik nr 3** Oświadczenie o niemożności zapewnienia wsparcia w codziennym funkcjonowaniu (+ załącznik nr 1 zaświadczenie lekarskie wraz z załącznikiem nr 1 RODO i/lub załącznik nr 2 zaświadczenie o zatrudnieniu wraz z załącznikiem nr 1 RODO) – jeśli dotyczy;
- 4) **Załącznik nr 4** Oświadczenie osoby samotnie zamieszkującej – jeśli dotyczy;
- 5) **Załącznik nr 5** Klauzula informacyjna RODO;
- 6) **Załącznik nr 6** Dane kontaktowe do osób bliskich (+ załącznik nr 1 Klauzula RODO dla wskazanych osób do kontaktu);
- 7) **Załącznik nr 7** Upoważnienie dla opiekuna faktycznego / członka rodziny / innej osoby z bliskiego otoczenia (+ załącznik nr 1 Klauzula RODO dla osoby upoważnionej) – jeśli dotyczy